



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA ADQUIRIDA EN UNA CLÍNICA PRIVADA, EN UN
HOSPITAL NIVEL III Y EN UN CENTRO DE SALUD NIVEL 1-III
DURANTE EL PERIODO 2021-2022**

PRESENTADO POR

**JUAN DIEGO RAMÍREZ ARAUJO
NATALY ARIANA RUIZ PULGAR**

ASESOR

MOISÉS ALEXANDER APOLAYA SEGURA

**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 ADQUIRIDA EN UNA CLÍNICA PRIVADA, EN
UN HOSPITAL NIVEL III Y EN UN CENTRO DE SALUD NIVEL
1-III DURANTE EL PERIODO 2021-2022**

INFORME DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR POR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

**JUAN DIEGO RAMÍREZ ARAUJO
NATALY ARIANA RUIZ PULGAR**

ASESOR

DR. MOISÉS ALEXANDER APOLAYA SEGURA

**LIMA - PERÚ
2022**

JURADO

Presidente: Dra. Karim Elizabeth Ugarte Rejavinsky

Miembro: Dr. Carlos Morales Paitan

Miembro: Dra. Graciela Pilaes Barco

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado, en primer lugar, a nuestros padres, hermanas y familiares, quienes acompañaron física y emocionalmente nuestro proceso de aprendizaje y formación profesional, brindándonos las herramientas psicológicas, emocionales y prácticas para enfrentar los retos característicos de nuestra carrera. Sin ese apoyo, se nos habría hecho muchísimo más difícil culminar esta etapa.

También dedicamos el presente a todos nuestros maestros, en especial a aquellos que nos formaron en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, centro en el que pasamos la mayoría de nuestro tiempo de formación clínica. Finalmente, lo dedicamos a los trabajadores del mundo, a aquellos que con su esfuerzo logran mover la economía de nuestros países, y que de forma más evidente en el Perú, padecen de múltiples problemas de salud. Nos formamos para paliar y atender las necesidades físicas, emocionales y espirituales de los que más sufren.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de San Martín de Porres y su Facultad de Medicina Humana, por brindar todos los insumos necesarios para nuestra formación profesional.

A todo el personal de la mencionada institución, por hacer posible su funcionamiento. Desde el personal de limpieza, hasta el personal docente y administrativo.

Al Dr. José Rodolfo Garay Uribe, por ser nuestro guía y mentor a lo largo de la carrera.

Al Dr. Moisés Alexander Apolaya Segura, por la asesoría brindada en la redacción de nuestros protocolos y proyectos a lo largo de los últimos años de carrera.

Al Hospital Nacional María Auxiliadora, al Centro de Salud Gaudencio Bernasconi y a la Clínica Good Hope, por haber sido claves en el desarrollo de nuestra última etapa de formación profesional, el internado, y por haber facilitado las condiciones necesarias para ello.

ÍNDICE

	Págs
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Medicina Interna	2
1.2 Cirugía General	16
1.3 Pediatría	25
1.4 Ginecología y Obstetricia	32
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	41
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	44
3.1 Medicina Interna	44
3.2 Cirugía	49
3.3 Pediatría	53
3.4 Ginecología y Obstetricia	55
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	60
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES	65
FUENTES DE INFORMACIÓN	66

RESUMEN

En el presente informe de suficiencia profesional elaborado por Juan Diego Ramírez Araujo y Nataly Ariana Ruiz Pulgar se describen una serie de casos clínicos seleccionados y se realiza una valoración con respecto al abordaje de los mismos, estos comprenden patologías que corresponden a las rotaciones de Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Ginecología y Obstetricia; también se presenta el contexto en el cual se realizaron las prácticas, se exponen las competencias adquiridas para el desempeño profesional y se realiza una reflexión crítica de la experiencia obtenida durante el año de internado médico. Objetivo: Presentar la experiencia y aprendizaje obtenido durante el año de internado médico e informar de su importancia.

Materiales y métodos: Se presentan 16 casos, 4 casos por cada rotación, realizadas en la Clínica Good Hope, el Hospital María Auxiliadora y el Centro de Salud Gaudencio Bernasconi durante el periodo 2021-2022.

Conclusiones: El año de internado médico es fundamental para la integración de conocimientos y para adquirir las competencias necesarias para la práctica médica, los internos lograron adquirir este aprendizaje que les será útil para desarrollarse como profesionales.

Palabras clave: internado médico, medicina interna, cirugía, pediatría, ginecología y obstetricia.

ABSTRACT

In this professional sufficiency report prepared by Juan Diego Ramírez Araujo and Nataly Ariana Ruiz Pulgar, a series of selected clinical cases are described and an assessment is made regarding their approach. these pathologies correspond to the rotations of Internal Medicine, Surgery, Pediatrics and Obstetrics and Gynecology; the context in which the practices were carried out is also presented, the skills acquired for professional performance are exposed and a critical reflection of the experience obtained during the year of medical internship is made.

Objective: To present the experience and learning obtained during the year of medical internship and report its importance.

Materials and methods: 16 cases are presented, 4 cases for each rotation, carried out at the Good Hope Clinic, the María Auxiliadora Hospital and the Gaudencio Bernasconi Health Center during the period 2021-2022.

Conclusions: The year of medical internship is essential for the integration of knowledge and to acquire the necessary skills for medical practice, the interns managed to acquire this learning that will be useful in their professional life.

Keywords: medical internship, internal medicine, surgery, pediatrics, obstetrics and gynecology.

INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019, se reportó un brote de neumonía en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China, informándose 60 casos para el 20 de diciembre, y 266 para el día 31 (1), aunque se sospecha que la transmisión de persona a persona en la comunidad se habría dado previo al descubrimiento del brote (2). Para finales de 2019, se identificó a un nuevo coronavirus como la causa del brote (3), se aisló en enero de 2020, se hizo pública su secuenciación genética, y se denominó temporalmente como 2019-nCoV (4). Inicialmente, el número de casos se duplicó cada 07 días y medio (5). Un estudio retrospectivo determinó que aproximadamente 6174 personas habían reportado síntomas de la infección hasta el 20 de enero (6). Un reporte de serie de casos publicado el 24 de enero identificó el contacto de persona a persona como principal forma de transmisión, recomendando el uso de equipos de protección personal (EPP) y calificando al brote como una “potencial pandemia” (7). El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote como una emergencia de salud pública de importancia internacional, reportando 7818 casos globalmente, con 82 casos fuera de China, distribuidos en 18 países (8,9). Rápidamente, el número de casos se incrementó, afectando a cada vez más países alrededor del mundo, obligando a la OMS a finalmente a caracterizar el brote como una pandemia el 11 de marzo (10), denominando a la enfermedad causante como COVID-19, y al agente etiológico como SARS-CoV-2.

El primer caso reportado en Perú data del 6 de marzo, tratándose de un paciente adulto de 25 años que retornaba de un viaje a Europa (11). El 17 de marzo, se anunció que se había alcanzado la fase de transmisión comunitaria del virus (12), tomándose medidas como el inicio del estado de emergencia, el aislamiento social obligatorio, y la inmovilización social obligatoria horaria

(13,14). Tras el aumento exponencial de los casos, ante una estructura y sistema de salud poco preparados para la pandemia, el Perú llegó a ocupar el segundo puesto en Sudamérica (15) y el quinto lugar en el mundo (16) en cuanto a prevalencia de casos de COVID-19. Asimismo, ocupó el primer lugar en mortalidad por COVID-19 (17), reportándose un exceso de muertes de 2610 por millón, para una población de 33 millones, lo cual duplicó el exceso de muertes de los Estados Unidos, siendo el mayor exceso de muertes en todo el mundo (18).

Debido al contexto epidemiológico, el Gobierno decidió interrumpir la educación presencial, y las entidades responsables de la formación de personal correspondiente a las ciencias de la salud determinaron la suspensión del internado médico 2020 (19). Sin embargo, ante la necesidad de brindar las competencias necesarias al futuro personal de salud, así como disminuir las brechas con respecto al acceso a una atención de salud de calidad por parte de la población, el Gobierno determina la reincorporación progresiva de los internos de medicina a sus labores asistenciales, priorizando su integración a establecimientos del primer nivel de atención, y limitando la misma a áreas estrictamente no COVID, a partir de agosto 2020 (20). Sin embargo, muchos establecimientos de nivel I y II se negaron a recibir internos de medicina ante la carencia del suficiente suministro de EPP y debido a que algunos establecimientos eran considerados hospitales COVID.

Es en este contexto en el que inicia el internado médico 2021, tras una disminución en el número de casos, y la exigencia exitosa de la vacunación con dos dosis contra el SARS-CoV-2 para los internos como requisito. Con tal fin, el Estado peruano emite los “Lineamientos para el desarrollo de las actividades de los internos de ciencias de la salud 2021 en el marco de la Emergencia Sanitaria”, documento aprobado mediante la Resolución Ministerial N° 779-2021-MINSA (21).

El internado constituye el último año de la formación del estudiante de medicina, siendo la etapa en la que éste debe integrar todos los conocimientos adquiridos durante su preparación universitaria, tanto básicos, médicos como éticos, y ponerlos en práctica mediante la interacción directa y manejo supervisado de pacientes (22). Este período representa una serie de retos para el estudiante, pues es sometido a altos niveles de estrés, alta carga

laboral, horarios extendidos, horarios de comida desorganizados, maltrato, y abuso (23), siendo esa exposición un factor de riesgo para el desarrollo de síndrome de burn-out, ansiedad y depresión (24), requiriendo una alta capacidad de resiliencia por parte del estudiante de medicina (25).

En este sentido, el presente trabajo plantea la pregunta ¿cuál ha sido la experiencia adquirida durante el internado médico 2021 en el Hospital Nacional María Auxiliadora, el Centro de Salud Gaudencio Bernasconi y la Clínica Good Hope?

Por otro lado, el objetivo del presente es el de presentar la experiencia adquirida durante el internado médico 2021 en los centros mencionados, así como detallar la situación y recursos de los mismos, y exponer casos selectos que complementen la presentación de la experiencia adquirida. Con ello, se pretende socializar y publicar la percepción del internado médico 2021 desde un enfoque cualitativo y fenomenológico, que sirva de base para plantear nuevas preguntas de investigación y enriquecer el estado del arte con respecto al internado médico en el Perú.

Las principales limitaciones del trabajo son las propias del método usado, que no permiten cuantificar ni generalizar los resultados del mismo.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

La carrera de Medicina Humana se compone de tres etapas principales: los tres primeros años en los que se aprenden cursos de ciencias básicas, los cuales son la base para entender el funcionamiento normal del cuerpo humano y los mecanismos que lo mantienen con vida; el cuarto, quinto y sexto año se aprenden las ciencias clínicas y es en este momento en el que se inician las rotaciones hospitalarias, estos años son fundamentales ya que durante este periodo se llevan los cursos donde se dicta la teoría que orienta la quehacer médico, se estudian las enfermedades que aquejan a los humanos, su adecuado diagnóstico y tratamiento. La última etapa de aprendizaje es el internado, que es el equivalente a las prácticas preprofesionales de otras carreras, en este momento se da uso a los conocimientos teóricos adquiridos en los años anteriores y se aplican en un escenario real.

El año de internado médico es uno de los momentos más importantes y cruciales en la formación de un médico, este consta de cuatro rotaciones principales (Medicina Interna, Cirugía, Ginecología y Obstetricia y Pediatría) durante el tiempo que duran estas rotaciones, se deben consolidar los conocimientos teóricos e integrarlos con la práctica clínica médica para realizar un correcto diagnóstico y tratamiento de las diversas patologías; la labor de los internos de medicina es fundamental y es durante esta etapa en la que se afianzar los aprendizajes y se desarrollan diversas capacidades que serán útiles en el desempeño profesional del médico cirujano.

En este primer capítulo del informe se presentarán cuatro casos clínicos por rotación, donde se expondrán las historias clínicas de pacientes y sus patologías vistas por los ejecutores del informe durante el periodo del internado y en un capítulo posterior se hará una reflexión y comentario sobre el abordaje de las mismas.

1.1 Medicina Interna

Primer caso de Medicina Interna

Se presenta al servicio de emergencias de la Clínica Good Hope una paciente femenina de 66 años de edad, de iniciales ECPR, en regular estado general, consciente y lúcida. Acude refiriendo que 05 días antes del ingreso presentó un dolor abdominal de tipo punzante, súbito, de alta intensidad, localizado en epigastrio e irradiado a hipocondrio derecho, asociado a náuseas e hiporexia. Sintomatología cede parcialmente con pargeverina (Plidan). Niega vómitos. 04 días antes del ingreso acude a médico gastroenterólogo de CGH mediante teleconsulta y se le indica endoscopia, teniendo como resultado HP-, no displasias, y diagnóstico de gastritis erosiva. Por ello, se le indica dieta blanda, manejo sintomático con pargeverina, ácido ursodesoxicólico (coleretik), y esomeprazol. El día del ingreso paciente refiere que el dolor se intensificó, no toleró la vía oral (sólidos), y sintomatología no cedía a pargeverina, por lo que acudió a emergencias. Ampliación de la historia: refiere que 6 meses antes del ingreso tuvo un episodio similar caracterizado por dolor abdominal intenso, súbito, intermitente y episódico, que calmaba con vómitos, por lo que acudía a emergencias pero no se encontraba diagnóstico, hasta que mediante tomografía se le diagnosticó litiasis de vías biliares. Por ello, se le realizó CPRE, presentó pancreatitis, pero posteriormente mejoró con tratamiento médico. 01 mes antes del ingreso tuvo episodio similar y se le realizó otra CPRE.

Antecedentes generales: Vivienda propia, cuenta con servicios básicos, niega crianza de animales, grado de instrucción secundaria completa, dieta estándar. Niega hábitos nocivos.

Antecedentes ginecológicos: 03 embarazos, 1 recién nacido vivo a término, 02 abortos, fórmula G3 P1021.

Antecedentes quirúrgicos: amigdalectomía a los 20 años, colecistectomía en 2012, válvula de pudenz 2012 por hidrocefalia (neurinoma del acústico), cesárea 1982.

Antecedentes médicos: niega.

Niega medicamentos habituales, niega antecedentes familiares de importancia.

Al examen físico, la paciente pesaba 60 kg y tallaba 1.58 metros, tenía una presión arterial de 100/60 mmHg, FC de 64 latidos por minuto, FR de 20 respiraciones por minuto, temperatura de 36 °C, saturaba 99% a un FiO2 de 21%. Como apreciación general, era una paciente femenina de aparentes 65 años de edad de hábito corporal endo-mesomórfico, en regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación. Tórax y pulmones: simétrico, amplexación conservada, sonoro, no frémitos, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, no ingurgitación yugular, no edemas, pulsos conservados. Abdomen: de tensión ligeramente aumentada, ruidos hidroaéreos presentes, timpanismo difuso a la percusión, dolor intenso a la palpación superficial y profunda en epigastrio y mesogastrio y moderado a la palpación profunda en hipocondrio derecho. No se palpan masas ni visceromegalias. El resto del examen físico no fue contributivo.

Por el cuadro y los antecedentes, se consideraron dolor abdominal superior (CIE-10 - R10.1), coledocolitiasis (CIE-10 - K80.5 - presuntivo), gastritis erosiva (CIE-10 - K29.1 - presuntivo), pancreatitis (CIE-10 - K85.9 - presuntivo) como diagnósticos iniciales. En función a ello se trazó el siguiente plan de trabajo:

1. NPO
2. Hidratación endovenosa con cloruro de sodio al 0.9%
3. Analgesia: ketoprofeno 100 mg / 5 mL, 01 ampolla endovenosa STAT diluida en 100 cc de NaCl al 0.9%
4. Metoclopramida 10 mg / 2 mL, 01 ampolla endovenosa STAT
5. Metamizol 1 g / 2 mL, 01 ampolla endovenosa STAT
6. Hioscina N-butilbromuro 01 ampolla endovenosa STAT
7. Omeprazol 40 mg 01 ampolla endovenosa STAT
8. SS hemograma, PCR, urea, creatinina, glucosa, lipasa, amilasa, TGO, TGP, bilirrubinas totales y fraccionadas, fosfatasa alcalina, GGTP, ecografía de abdomen superior.
9. Se hospitaliza para estudio y manejo.

Se obtuvo como resultados:

Hemoglobina 12.1 g/dL, hematocrito 36.8%, leucocitos 3800 cel/mm³, sin alteraciones en la fórmula diferencial, plaquetas 182.000 cel/mm³, PCR 8.36

mg/L, urea 24.6 mg/dL, creatinina 0.74 mg/dL, glucosa 138.3 mg/dL, lipasa sérica 40 U/L, amilasa sérica 53 U/L, TGO 46.8 U/L, TGP 36.9 U/L, bilirrubina total 0.25 mg/dL, bilirrubina directa 0.16 mg/dL, bilirrubina indirecta 0.09 mg/dL, fosfatasa alcalina 152 U/L, gamma glutamil transpeptidasa 100 U/L.

Se evidenció ausencia de leucocitosis, PCR como marcador inflamatorio elevado, glucosa levemente elevada, y un discreto patrón colestásico al análisis del perfil hepático. Las enzimas pancreáticas resultaron dentro de los rangos normales.

La ecografía de abdomen superior demostró ausencia de vesícula biliar, dilatación del colédoco proximal sin litos intraluminales, y meteorismo intestinal incrementado. Ante la sospecha de coledocolitiasis distal se recomienda colangiografía.

Al primer día de hospitalización, durante la madrugada, presentó dolor abdominal tipo cólico 8/10 por lo que se le administró tramadol de 50 mg subcutáneo. La paciente reporta durante la mañana cefalea frontal que migró a zona occipital, permanente, que no sabe describir, pero que cede con analgésicos. Dolor abdominal remitió. Se solicitó TEM con contraste, que reveló dilatación de vías biliares con neumobilia difusa en ramas biliares intrahepáticas y colédoco. No se evidenciaron imágenes obstructivas, esteatosis hepática difusa, no se apreciaron signos inflamatorios en el páncreas. El servicio de gastroenterología evaluó a la paciente y sugirió colangiografía con contraste. Durante el día la paciente permaneció en evolución clínica estacionaria. Al plan de trabajo se añadió levosulpiride 25 mg EV cada 8 horas y piperacilina - tazobactam 4.5 mg EV cada 6 horas, y el manejo del dolor se realizó mediante tramadol 100 mg cada 12 horas.

Al segundo día de hospitalización, la paciente despertó tranquila, refiriendo que el dolor abdominal disminuyó a 3/10 de intensidad, también reportó leve distensión abdominal. Persiste hiporexia y astenia. Niega fiebre. Persiste dolor a la palpación difusa en epi y mesogastrio, no signos peritoneales. Se solicitó colangiografía, la cual evidenció un cálculo a nivel del segmento intrapancreático del colédoco que se asocia a moderada dilatación de las vías biliares intra y extrahepáticas, así como cambios inflamatorios de las paredes del colédoco caudal, además de presencia de aerobilia en las vías biliares intrahepáticas.

Con mencionados hallazgos, se confirmó el diagnóstico de coledocolitiasis y aerobilia en el contexto de una paciente con 3 CPRE previas, por lo que se sugirió valorar procedimiento quirúrgico diagnóstico y terapéutico, enviándole interconsulta al servicio de cirugía general, en espera también de opinión de gastroenterología. Se solicitó hemograma, PCR, procalcitonina, INR, y se determinó que, de no encontrarse signos de infección, paciente debía recibir profilaxis con ampicilina sulbactam de 3g EV dentro de una hora previa al procedimiento.

Los exámenes de control solicitados resultaron: Hemoglobina 13.7 g/dL, hematocrito 42.8 %, leucocitos 4670 cel/mm³, plaquetas 214.000 cel/mm³, creatinina sérica 0.62 mg/dL, PCR 4.07 mg/L, urea 12.3 mg/dL, sodio 140 mmol/L, cloro 104.3 mmol/L, potasio 4.52 mmol/L, procalcitonina (PCT) 0.055 ng/mL.

Se valoró poca probabilidad de proceso infeccioso al momento, sin embargo los leucocitos mostraban tendencia al aumento pese a mantenerse dentro de los parámetros normales. La PCT se mostró en el límite superior de lo normal. Al tercer día de hospitalización, cirugía evaluó a paciente y recomendó intervención quirúrgica con derivación biliodigestiva, por lo que solicitó completar preoperatorios y evaluación por cardiología y anestesiología. El servicio de gastroenterología respaldó el abordaje mencionado y sugirió que la derivación se realice lo más distal posible para disminuir el riesgo de sumidero posterior. La paciente permaneció en evolución clínica estacionaria. Se procedió a realizar intervención quirúrgica, derivación biliodigestiva, el quinto día de hospitalización. Se realizó mediante neumoperitoneo umbilical y tres trócares, se identificaron adherencias epiplo-colo-duodeno-biliares que fueron liberadas, se liberó duodeno con técnica de Kocher. Se apreció vía biliar dilatada de aproximadamente 2 cm de diámetro, se realizó incisión y se evidenció contenido de bilis fluida con cálculo en tercio distal de aproximadamente 2 cm x 1 cm, y otros cálculos más pequeños de aproximadamente 6 mm de diámetro, se extrajeron y se realizó flushing de conductos biliares. Se procedió a realizar apertura de duodeno y a realizar anastomosis colédoco-duodenal.

Posteriormente a la operación, la paciente cursó con dolor abdominal y náuseas, manejados sintomáticamente con los medicamentos ya descritos,

además de pasar a nutrición parenteral durante 09 días. Evolucionó favorablemente, presentó leucocitosis más síntomas febriles y respiratorios, por lo que se rotó la antibioticoterapia de ceftriaxona (iniciada en el postoperatorio inmediato) a piperacilina/tazobactam durante 09 días. Marcadores infecciosos remitieron completamente. Fue dada de alta en condiciones estables, tolerando dieta, y sin dolor abdominal.

Segundo caso de Medicina Interna

Paciente JRAA, varón de 67 años, con antecedentes de ERC en estadio terminal, hemodializado 3 veces por semana (lunes, miércoles y viernes) desde hace 3 años, portador de CVC derecho desde 22 días antes del ingreso. Refiere que 02 días antes del ingreso le colocaron dosis de vacuna de influenza. 01 día antes del ingreso amaneció con malestar general. Al mediodía presentó somnolencia incrementada, náuseas y 01 episodio de vómito de sabor amargo, verdoso y bilioso. Cuando llegó al centro de diálisis (EsSalud) se le midió una temperatura de 36.5° C en triaje, pero en la diálisis evidenció 38° C. Al examen se encontró materia purulenta en orificio de salida de CVC, le dializaron por 3 horas y le indicaron que acudiera a emergencias. Por tal motivo acudió a las 11:30 pm al servicio de emergencias de la Clínica Good Hope. Ampliación: paciente menciona que 22 días antes del ingreso le colocaron CVC (previamente contaba con fístula arterio-venosa en brazo izquierdo que se volvió inaccesible por trombosis), desde entonces empezó a sentir prurito generalizado. En 1era diálisis post colocación de CVC se evidenció sangrado en la gasa que lo cubría. En la 2da diálisis también se reportó sangre. Además empezó a sentir tos hemoptoica después de la colocación de catéter.

Antecedentes generales: Vivienda alquilada, cuenta con servicios básicos, cría 01 perro, cuenta con 07 habitaciones para 15 habitantes, grado de instrucción superior completa, dieta baja en carnes rojas. Consumo de alcohol 03 botellas de cerveza al mes, tabaquismo por 30 años hasta los 50 años, 01 a 02 cajetillas por día (45 paquete-años), consumo esporádico de café.

Antecedentes quirúrgicos: cirugía de corrección de cataratas en ambos ojos 7 años antes del ingreso. Cirugía para fístula arterio-venosa 3 años antes del ingreso.

Antecedentes médicos: tuberculosis 47 años antes del ingreso, tratamiento irregular con 01 recaída, luego curada. Hipertensión arterial diagnosticada hace 6 años, tratada. Diabetes Mellitus diagnosticada 25 años antes del ingreso, al momento del interrogatorio glicemia controlada sin medicamentos. Ansiedad, crisis de angustias. Hospitalizado 22 días antes del ingreso por colocación de CVC, por un día.

Medicamentos habituales: Amlodipino de 10 mg, una tableta en las mañanas, y una tableta en la noche condicional a presión alta postdiálisis. Furosemida 40 mg, una tableta diaria. Desloratadina 5 mg, 01 tableta diaria.

Antecedentes familiares: hermanos con hipertensión arterial, hijos con diabetes mellitus, tío materno con tuberculosis 20 años antes del ingreso, tío paterno sufrió infarto 20 años antes del ingreso.

Al examen físico, el paciente pesó 73.5 kg y talló 1.68 m, contó con funciones vitales de presión arterial de 124/78 mmHg, frecuencia cardíaca de 105 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 ciclos por minuto, temperatura de 37.9 ° C, saturación de 98% a un FiO₂ de 21%. Como apreciación general, se encontró a un paciente masculino de aparentes 65 años, de tipo constitucional pícnico, en regular estado general, regular estado de nutrición, mal estado de hidratación. Piel: De temperatura y elasticidad conservada, xerosis y dermatopatía urémica generalizada, con escarcha urémica. Secreción purulenta a nivel de orificio de salida de CVC. Presenta lesiones tipo placas induradas generalizadas en miembro superior izquierdo, impresiona dermatopatía fibrosante nefrogénica. Se asocian lesiones ulceradas de 1 cm en antebrazo izquierdo de bordes delimitados irregulares, de apariencia crónica, no signos de flogosis, a descartar calcifilaxis. TCSC incrementado de manera generalizada. Cabeza: normocéfalo, cabello bien implantado, cuero cabelludo cubierto de escarcha urémica. Tórax y pulmones: simétrico, de amplexación conservada, no doloroso a la palpación, no frémito ni enfisema, sonoro, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, no ingurgitación yugular, no edemas, pulsos periféricos presentes en buena intensidad. Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, leve timpanismo difuso, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. Resto del examen no contributivo.

En base a la presentación del paciente y los hallazgos consignados en el examen clínico, se consideraron los diagnósticos de ERC terminal hemodializado (CIE 10 - N18.0), sepsis punto de partida CVC (CIE 10 - A41.8 - presuntivo), dermatopatía nefrótica con escarcha urémica y prurito (CIE 10 - L98.8), hipertensión arterial en tratamiento regular (CIE-10 - I10.x), diabetes Mellitus tipo 2 (CIE-10 - E11.2). En función a ello se trazó el siguiente plan de trabajo:

1. Furosemida 20 mg 01 AMP EV
2. Ranitidina 50 mg 2mL EV
3. Vancomed 500 mg inyectable
4. Cetirizina 10 mg tab VO
5. NaCl 0.9% 1L 01 fco
6. Meropenem 1G STAT, luego 500 mg c/24h.
7. Metamizol 1g EV diluido en 100 mL NaCl 0.9%
8. SS: Hemograma completo, urea, creatinina, electrolitos, PCR, hemocultivo, pruebas para SARS-CoV-2 (molecular y antigénica).

Una vez descartada infección por SARS-CoV-2, por protocolo, sube a hospitalización, donde se le indica:

1. Dieta para paciente renal
2. Vía salinizada
3. Furosemida 20mg EV cada 24 horas
4. Amlodipino 5mg VO cada 24 horas
5. CFV + BHE
6. Ranitidina 50mg EV cada 12 horas
7. Vancomicina 500mg EV STAT
8. Meropenem 500mg EV cada 24 horas
9. Paracetamol 1 g EV PRN fiebre
10. SS: Interconsulta a nefrología

Durante el primer día de hospitalización el paciente presentó 01 pico febril ayer al mediodía, así como episodios de hipertensión que fueron controlados. Al segundo día de hospitalización el paciente permaneció estable, con una diuresis espontánea de 350 cc en 24 horas, sin deposiciones, y con un balance hídrico de +558.16. se encontraba afebril, hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente. exámenes revelaron una hemoglobina

de 11.3 g/dl y hematocrito 34.2%, normocítica normocrómica, leucocitos 20.620 cel/mm³, segmentados 85%, linfocitos 5% abastionados 1%, plaquetas 161.000 cel/mm³, creatinina 5.18, urea 86.7, PCR 169.85, sodio 133, cloro 97.7, potasio 4.78. Asimismo, en el análisis de gases arteriales presentó un pH de 7.420, pO₂ 91.0, pCO₂ 32.9, HCO₃ 22.0, y un exceso de base (EB) -2.3. Contó con cultivos solicitados, pendientes. Al momento evidenció signos analíticos y clínicos de infección generalizada, así como azotemia severa. Contó con una tasa de filtración glomerular por CKD-EPI de 11 ml/min, confirmando la enfermedad renal crónica de grado 5D. El servicio de nefrología acudió y respondió interconsulta, reportó no dolor en túnel, y sugirió que se realice hemocultivo periférico, así como continuar con antibioticoterapia de vancomicina y meropenem hasta resultados de cultivo de secreción transcatéter o hemocultivo. Sugirió también observar catéter por 48 horas por importancia del acceso. Se programó diálisis, evolución estacionaria. Se solicitó ecografía transtorácica, que mostró función sistólica biventricular conservada, disfunción diastólica tipo I, presiones de llenado del ventrículo izquierdo (VI) incrementadas, así como una insuficiencia mitral mínima, dilatación de aurícula izquierda e hipertrofia concéntrica del VI severa no obstructiva. No se observaron vegetaciones.

Al tercer día, el paciente cursó afebril y estable. Sus exámenes de control evidenciaron: hemoglobina 11 g/dL, hematocrito 33.7%, leucocitos 10.120 cel/mm³, eosinófilos 8%, plaquetas 163000 cel/mm³, creatinina 7.11, urea 134.2, sodio 133, cloro 96, potasio 4.8. Se obtuvo un análisis de gases arteriales con resultados de pH 7.342, pO₂ 88.7, pCO₂ 35.3, HCO₃ 19.3, exceso de bases -6.3. Persistía leucocitosis pero con tendencia a la remisión, con incremento absoluto y relativo de eosinófilos, así como déficit de base importante relacionado con disfunción renal. Contó además con resultados de cultivo de secreción de catéter positivo a *Staphylococcus aureus* betalactamasa +. Tuvo una evolución clínica favorable pues no presentó picos febriles y analíticamente aparentó estar en proceso resolutivo. Se realizó diálisis con membrana de bajo flujo, curación de CVC y sellado con amikacina. Al cuarto día de hospitalización, el paciente permaneció afebril y estable, continuó con marcadores inflamatorios con tendencia a la remisión y se resolvió leucocitosis. Nefrología evaluó al paciente y sugirió continuar con

antibioticoterapia, así como prepararse para diálisis al día siguiente. Infectología sugirió rotar de meropenem a vancomicina, sugerencia que se efectiviza, además sugiere exámenes de control y hemocultivo. Al quinto día, nefrología sugirió retiro de CVC y colocación de otro acceso, además solicitó vancocinemia y ecocardiografía transesofágica para descartar vegetaciones. Sugirió también dosis de vancomicina en 7.5 mg/kg 60-90 min post diálisis y los días viernes o sábado adicionar a ello 25% de la dosis. Paciente permaneció estable y afebril, pero continuaba con secreción purulenta de CVC, por lo que se solicita interconsulta a cirugía cardiovascular para retiro y búsqueda de nuevo acceso. Se realizó segunda diálisis, se curó CVC y se selló con vancomicina 5 mg/ml y heparina en ambos lúmenes. En el reporte de diálisis, el nefrólogo interconsultante determinó que, al ser un agente meticilino-resistente, estaba indicado el retiro de CVC. Sugiere ello, así como dejar un período de ventana de 48 horas y buscar nuevo acceso así como colocar nueva (FAV). Se informó a cirugía cardiovascular.

Durante los días siguientes, se cursaron los exámenes necesarios para la colocación de nuevo CVC y FAV, incluyendo ecografías doppler de extremidades para valorar estado hemodinámico y vascular, no encontrándose contraindicaciones para el procedimiento (estenosis, aterosclerosis severa, etc). Además, dermatología dejó indicaciones para manejo de dermatopatía urémica, añadiendo clobetasol, cetaphil, y baño con jabón de avena.

El onceavo día de hospitalización se procede a retirar CVC y a realizar flebocavografía en búsqueda de nuevo acceso. En antesala se realizó ecografía doppler venosa, encontrando subclavias y yugulares permeables, compresibles pero dilatadas, por lo que el procedimiento quedó sujeto a resultado de cavografía/flebografía. Se realizó intracampo una flebografía superior y cavografía encontrando una parada de contraste en extremo de desembocadura de ambas yugulares, mientras que en flebografía de subclavia izquierda no se apreció contraste luego de inyección periférica. A pesar de ello, se intentó progresar la guía, la cual no logró avanzar por obstrucción. Dado que subclavia derecha permanecía permeable, se procedió a colocar guía, introductor peel-away, seguido de tunelización de nuevo catéter y posicionamiento a través de introductor peel-away. Se extrajo catéter

antiguo, se verificó posición de nuevo catéter con fluoroscopia y se fijó. Debido a presencia de zonas estenóticas y posibilidad de pobre pronóstico de fístula arterio-venosa, se difirió del procedimiento.

Posteriormente, continuó con diálisis cada 48 horas, así como con tratamiento antibiótico con vancomicina y se afinó manejo antihipertensivo ante picos presentados, añadiendo irbesartán 150 mg cada 12 horas.

El treceavo día de hospitalización, el paciente cursó con tos y crepitantes a la auscultación, sin fiebre, además de signos analíticos de infección en remisión. Sin embargo, en la radiografía de tórax se apreciaron focos de consolidación y signos de congestión pulmonar y derrame pleural bilateral a predominio izquierdo, por lo que se incrementa dosis de furosemida y se vuelve a añadir meropenem al plan de trabajo. Se procede a realizar toracocentesis terapéutica y diagnóstica. Se realizaron 03 hemocultivos seriados los cuales resultaron negativos. Cursó con evolución clínica favorable con disminución constante de marcadores infecciosos y remisión de sintomatología respiratoria. Incidentalmente se diagnosticó hiperplasia benigna de próstata grado III tras reportarse síntomas de obstrucción urinaria. Se completaron 21 días de tratamiento con vancomicina, y al encontrarse paciente afebril, hemodinámicamente estable, y ventilando espontáneamente, se decide dar de alta con indicaciones:

1. Furosemida 40 mg 01 tableta vía oral a las 8 a.m. y 1/2 tableta 4 p.m.
2. Amlodipino 10 mg 01 tableta vía oral cada 24 horas
3. Clobetasol 0.05% 25 g en crema, aplicar cada 12 horas por 30 días
4. Cetaphil en crema, aplicar cada 8 horas por 30 días
5. Baño con jabón de avena
6. Tamsulon duo, tomar 01 cápsula antes de dormir por 01 mes
7. Amoxicilina / ácido clavulánico 875/125 mg vía oral, tomar 01 tableta cada 24 horas por 04 días a las 9 p.m.
8. Continuar con hemodiálisis programadas
9. Control por medicina interna en 7 días

Tercer caso de Medicina Interna

Paciente mujer de iniciales MGN de 76 años ingresa por tóxico de emergencia refiriendo que 15 días antes del ingreso nota cambio de coloración en dedos del pie izquierdo asociado a dolor de leve intensidad al caminar en el miembro

inferior de ese mismo lado. 7 días antes del ingreso se añadió dolor de moderada intensidad en pie izquierdo además de prurito. La paciente contaba con ecografía doppler de miembros inferiores que concluye flujo arterial disminuido en forma crítica de arterias distales de ambas piernas.

Antecedentes generales: vivienda propia, cuenta con servicios básicos, niega crianza de animales, grado de instrucción secundaria completa, niega hábitos nocivos.

Antecedentes ginecoobstétricos: 5 gestaciones, 4 embarazos a término, 1 aborto y 4 hijos vivos (G5 P4014).

Antecedentes patológicos: hipertensión arterial y diabetes tipo 2 diagnosticadas hace 26 años, ambas en tratamiento. Refiere como antecedente quirúrgico apendicectomía hace 40 años. Niega alergias.

Medicación habitual: metformina de 850 mg una vez al día y captopril de 50 mg cada 12 horas.

No refiere antecedentes familiares de importancia.

Los signos vitales en emergencia fueron de presión arterial en 150/90 mmHg, frecuencia cardiaca en 90 latidos por minuto, frecuencia respiratoria en 22 respiraciones por minuto, temperatura en 36.2°C y saturación de oxígeno en 96% con FiO2 ambiental (0.21). Al examen físico se evidenció paciente en aparente regular estado general, regular estado de nutrición y mal estado de hidratación. Piel: se apreció presencia de necrosis en quinto dedo del pie izquierdo con extensión dorsal, cianosis del cuarto dedo del pie izquierdo, se evidenciaron signos de flogosis en toda la extensión de pie izquierdo, lesión de ulcerada necrótica a nivel del maleolo tibial externo del miembro inferior izquierdo y múltiples lesiones escoriativas en toda la extensión de miembro inferior izquierdo. Piel y mucosas secas +/-+++. En aparato cardiovascular se auscultan ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles, pulso pedio en pie izquierdo ausente y en pie derecho disminuido de intensidad. En aparato respiratorio amplexación conservada, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados. El abdomen se encontró no distendido, ruidos hidroaéreos presentes de regular cantidad e intensidad, abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. Sistema nervioso central,

paciente lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow: 15 puntos.

Con los datos de la anamnesis y hallazgos del examen físico se plantean como diagnósticos iniciales Diabetes tipo 2 con complicaciones circulatorias periféricas: pie diabético (CIE-10 - E11.5), hipertensión arterial (CIE-10 - I10) e insuficiencia vascular periférica (CIE-10 - I73.9). El plan de trabajo en emergencia fue el siguiente:

- CFV + OSA
- AGA
- Hemograma, G-U-C
- Examen de orina completo, urocultivo
- Radiografía de tórax
- Interconsulta con Unidad de Pie Diabético (UPD)
- Se hospitaliza

Se reevaluó a paciente, con resultado de AGA: pH en 7.43, PO2 en 75.9, PCO2 en 39.9, Ca en 1.16, K en 3.41, Na en 131.7, Cl en 99, HCO3 en 23, Hb en 11.9 y Glucosa en 417.9. Por lo cual se le inicia insulina NPH 8 UI SC a las 8 am y 3 UI en la noche. En los resultados del hemograma se evidencia leucocitosis 17950, glucosa en 424, creatinina en 0.77, urea en 30 y el resto de parámetros dentro de lo normal. El tratamiento que recibe la paciente es

- Ceftriaxona 2 g EV c/24h
- Clindamicina 600 mg EV c/8h
- Tramadol 50 mg SC condicional a dolor intenso
- Captopril 25 mg VO c/12h
- Losartan 50 mg VO c/12h
- Omeprazol 40 mg EV c/12h
- Dextrosa 33% 4 ampollas si Hgt <70
- Insulina NPH 10 UI SC a las 8 am y 5 UI SC a las 10 pm

En la radiografía de tórax no se evidenció anormalidades, se realizó interconsulta a UPD donde se catalogó el pie como Wagner 4 (Gangrena limitada) y Texas 3D (lesión que penetra articulación/hueso infectada e isquémica) debido a la severidad se amputó el quinto dedo del pie afectado en la UPD, se recomendó curación diaria por la UPD y evaluación por cirugía de tórax y cardiovascular.

Durante su hospitalización se realizan curaciones en UPD, se realiza angioTEM que concluye ateromatosis difusa severa a predominio infrapoplíteo por lo que se interconsulta a cirugía de tórax y cardiovascular para posibilidad de revascularización, a lo que responden que paciente no es tributaria, presenta un nivel óptimo de vascularización hasta $\frac{1}{3}$ distal de muslo izquierdo y se recomienda manejo por traumatología.

Se continúan curaciones por UPD quienes refieren que no hay buena evolución, se interconsulta a traumatología que en un inicio proponen realizar amputación del 4to dedo + escarotomía + limpieza quirúrgica; no obstante, la paciente empeora estado general se sospecha de sepsis por alteración de marcadores y clínica por lo que se amplía cobertura antibiótica, se inicia meropenem + vancomicina.

Posteriormente es evaluada por otro médico, previo a programación, y refiere que la cirugía que se llevaría a cabo es amputación supracondílea de MMII izquierdo debido a la pobre vascularización y probable fracaso de un manejo más conservador.

Se completan prequirúrgicos y se opera al décimo quinto día de hospitalización; paciente tolera acto quirúrgico y es dada de alta al tercer día posoperatorio. Además de la atención del pie diabético, paciente recibió atención por oftalmología donde se diagnostica retinopatía diabética no proliferativa moderada en ojo derecho y severa en ojo izquierdo. Durante su hospitalización, los parámetros laboratoriales se normalizaron, y la hemoglobina glicosilada que se obtuvo fue de 9% lo cual indica que estaba teniendo un pobre control de su enfermedad por lo cual se indica que debe acudir a control por consultorio externo de endocrinología, traumatología, medicina interna y oftalmología.

Cuarto caso de Medicina Interna

Paciente mujer de iniciales MRB de 60 años de edad que acude por consultorio de medicina general del Centro de Salud Gaudencio Bernasconi refiriendo que desde hace 1 mes presenta dolor de espalda, tos con expectoración escasa y malestar general, síntomas han ido volviéndose más frecuentes y se añade sensación de alza térmica no cuantificada.

Antecedentes generales: vivienda alquilada de material noble, cuenta con 2 habitaciones para 5 personas, cuenta con servicios básicos, niega crianza de animales, grado de instrucción secundaria completa, niega hábitos nocivos.

Antecedentes ginecoobstétricos: 2 gestaciones, 2 embarazos a término y 2 hijos vivos (G2 P2002).

Antecedentes patológicos: gastritis crónica, indica no tomar medicamentos habituales. Refiere como antecedente quirúrgico cesárea, cirugía por eventración abdominal e histerectomía por prolapso de órgano genital hace 5 años. Niega alergias

Antecedentes familiares: refiere que hijo y nieta fueron diagnosticados de tuberculosis pulmonar el año pasado, hijo actualmente sigue en tratamiento y nieta ya está curada. Hermana tiene diabetes tipo 2 y tiene otra hermana fallecida por cáncer de mama.

Los signos vitales fueron de presión arterial en 110/70 mmHg, frecuencia cardiaca en 70 latidos por minuto, frecuencia respiratoria en 18 respiraciones por minuto, temperatura en 36°C y saturación de oxígeno en 95% con FiO2 ambiental (0.21). Al examen físico, paciente pesó 57 kg, se evidencia paciente en aparente regular estado general, regular estado de nutrición y regular estado de hidratación. Piel: tibia y elástica, llenado capilar <2 segundos. En aparato cardiovascular se auscultan ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles. En aparato respiratorio amplexación conservada, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados. El abdomen se encontró no distendido, ruidos hidroaéreos presentes de regular cantidad e intensidad, abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. Sistema nervioso central, paciente lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow: 15 puntos.

Con los datos de la anamnesis y hallazgos del examen físico se plantea como diagnóstico inicial tuberculosis pulmonar (CIE 10 - A15.0 - presuntivo). Se solicita como exámenes auxiliares y para confirmación del diagnóstico una baciloscopía seriada la cual da como resultado positivo (+) para las dos muestras y también se realiza una prueba rápida MODS cuyo resultado fue sensible a rifampicina e isoniacida. La radiografía de tórax solo mostró un aumento de la trama perihiliar.

De acuerdo con los resultados la paciente ingresa al programa de control de tuberculosis (PCT). Se decide iniciar con esquema para tuberculosis sensible mediante dosis fijas combinadas de fármacos antituberculosos. El tratamiento duró 6 meses y se dividió en 2 fases:

- Primera fase: 50 dosis de isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol. De acuerdo con el peso le corresponden 4 tabletas diarias.
- Segunda fase: 54 dosis de isoniacida y rifampicina durante 4 meses, le corresponden 4 tabletas tres veces por semana.

Todo el tratamiento fue supervisado por el centro de salud y se realizaron controles mensuales de baciloscopía y controles periódicos de radiografía y evaluación por el médico tratante y especialista (neumólogo). La paciente presentó evolución favorable, no tuvo ninguna complicación y al cabo de 6 meses fue evaluada por el neumólogo quien decidió el alta.

1.2 Cirugía General

Primer caso de Cirugía General

Paciente mujer de iniciales KAR de 10 años de edad ingresa por emergencia de Hospital María Auxiliadora refiriendo un tiempo de enfermedad de 3 días caracterizado por presencia de dolor abdominal de tipo sordo en epigastrio, de intensidad 3/10. Con el transcurso de las horas se asoció sensación nauseosa e hiporexia, y 2 días antes del ingreso se añadió sensación de alza térmica no cuantificada. Los síntomas persistieron y el dolor se intensificó a 8/10 volviéndose de tipo opresivo y migrando al cuadrante inferior derecho del abdomen.

No refiere antecedentes personales de importancia, niega antecedentes quirúrgicos y como antecedentes patológicos refiere asma (última crisis hace 4 años).

Los signos vitales en emergencia fueron de presión arterial en 100/70, frecuencia cardiaca en 108 latidos por minuto, frecuencia respiratoria y 21 respiraciones por minuto, temperatura en 38°C y saturación de oxígeno en 99% con FiO2 ambiental (0.21). Al examen físico, se evidencia abdomen no distendido, se auscultan ruidos hidroaéreos disminuidos en intensidad y

frecuencia. El abdomen se encontraba poco blando y poco depresible, presencia de dolor a la palpación superficial y profunda a predominio de fosa iliaca derecha, signos de resistencia muscular involuntaria en cuadrante inferior derecho y signo de rebote positivo. Resto de examen no contributivo. Considerando el relato de la enfermedad y los hallazgos en el examen físico se propone como diagnóstico apendicitis aguda complicada (CIE-10 - K37 - presuntivo). Se solicitan exámenes auxiliares para apoyar su confirmación. El plan de trabajo en emergencia fue el siguiente:

- NPO
- CFV + OSA + BHE
- NaCl 0.9% pasar 25 gotas por minuto
- Omeprazol 1 ampolla EV c/24h
- Interconsulta a Cirugía General

Dentro de los exámenes de laboratorio se evidenció leucocitosis en 17620 con desviación a la izquierda (abastionados en 2%), hemoglobina en 11.3 (anemia leve). Resto de exámenes normales. Cirugía General confirma el diagnóstico y se decide su pase al servicio y programación para SOP de emergencia.

La cirugía que se realizó fue una apendicectomía abierta más colocación de drenaje, los hallazgos fueron apéndice perforado en su tercio distal y necrosado en toda su extensión hasta 0.5 cm de su base, base y ciego congestivos y secreción purulenta de 30 CC. La paciente permaneció hospitalizada, tuvo una evolución favorable y fue dada de alta a los 4 días.

Segundo caso de Cirugía General

Paciente mujer de iniciales MBQ de 39 años de edad ingresa por emergencia de Hospital María Auxiliadora refiriendo un tiempo de enfermedad de 38 horas caracterizado por dolor tipo cólico de intensidad 6/10 en cuadrante superior derecho asociado a náuseas y vómitos en 7 oportunidades por lo que se automedica con dimenhidrinato y hioscina calmando parcialmente el dolor. 20 horas antes del ingreso el dolor se intensifica y le impide conciliar el sueño, asociado a hiporexia.

Antecedentes generales: vivienda propia, cuenta con servicios básicos, niega crianza de animales, grado de instrucción superior completa, niega hábitos nocivos.

Antecedentes ginecoobstétricos: ninguna gestación, fecha de última regla una semana antes del ingreso, régimen catamenial 4/28, menarquia a los 12 años, inicio de relaciones sexuales a los 21 años, 3 parejas sexuales, usa como método anticonceptivo el preservativo.

Antecedentes patológicos: niega enfermedades, niega cirugías previas, niega alergias, niega uso de medicamentos habituales.

Antecedentes familiares: ambos padres tienen diabetes tipo 2.

Los signos vitales en emergencia fueron de presión arterial en 110/70, frecuencia cardiaca en 82 latidos por minuto, frecuencia respiratoria en 22 respiraciones por minuto, temperatura en 37°C y saturación de oxígeno en 96% con FiO2 ambiental (0.21). Al examen físico, se evidencia piel tibia, humectada y elástica, llenado capilar <2 segundos; en tórax y pulmones el murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados; en el aparato cardiovascular se auscultan ruidos cardiacos rítmicos; el abdomen se encontró no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, poco blando y poco depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho, signo de Murphy positivo. Resto de examen no contributivo.

De acuerdo con la anamnesis y los hallazgos en el examen físico se propone como diagnóstico colecistitis aguda (CIE-10 - K81.0 - presuntivo). Por lo cual se solicitan exámenes de laboratorio y ecografía de abdomen superior. Presentó leucocitosis en 25330 con desviación a la izquierda (abastionados en 4%), el perfil hepático se halló alterado (TGO en 52 y TGP en 80), amilasa y lipasa dentro de los valores normales. Por otro lado, los hallazgos ecográficos fueron de vesícula de 74 x 40 mm, pared en 8 mm edematosa, presencia de cálculos múltiples y barro biliar denso. El plan con la paciente fue:

- NPO
- NaCl 0.9% 1000 cc 30 gotas
- Ampicilina/Sulbactam 1.5 g EV c/8h
- Ranitidina 50 mg EV c/8h
- Metamizol 2 g EV c/8h
- CFV + OSA
- Se hospitaliza

Se decidió manejo médico debido a que no se contaba con torre laparoscópica ni disponibilidad de salas. Presentó una evolución favorable, con mejoría clínica y normalización de parámetros laboratoriales al cabo de 7 días por lo cual fue dada de alta, con cita para control por consultorio externo y programación de cirugía electiva.

Tercer caso de Cirugía General

Paciente masculino de 91 años, de iniciales RPP, que acude por un cuadro de dolor abdominal difuso, agudo, de intensidad 8/10 según escala EVA, carácter tipo cólico, que no calma con analgésicos, actualmente lúcido, alerta, despierto. Familiares refieren que cuadro clínico inició de forma insidiosa 3 días antes del ingreso asociado a hiporexia y pirosis, cede parcialmente con simeticona. 02 días antes del ingreso dejó de realizar deposiciones. El día del ingreso, el dolor no calmaba con medicamentos, no liberaba flatos y no miccionaba, por lo que acude a emergencias de la Clínica Good Hope. Niega: náuseas, vómitos, fiebre.

Antecedentes generales: Vivienda propia, cuenta con servicios básicos, cría 02 perros, cuenta con 03 habitaciones para 03 personas, grado de instrucción técnica superior, dieta blanda. Niega hábitos nocivos.

Antecedentes quirúrgicos: derrame pericárdico (agosto 2021), resección de vólvulo de ciego, hemicolectomía derecha, anastomosis laterolateral ileotransversa, resección de vólvulo de sigmoides, colostomía a lo Hartman y colocación de dren Blake (noviembre 2021).

Antecedentes médicos: hipertensión arterial diagnosticada en 1982, insuficiencia valvular aórtica, arritmia cardíaca diagnosticados en 2014, derrame pericárdico en 2021, insuficiencia venosa.

Medicamentos habituales: irbesartán 150 mg, amlodipino 5 mg, levotiroxina 100 mg, cilostal 50 mg, bisoprolol 0,5 mg, bicalutamida 50 mg.

Antecedentes familiares: Niega.

Al examen físico, el paciente pesó 57 kilogramos y talló 1.55 metros. Contó con funciones vitales de presión arterial de 120/70 mmHg, frecuencia cardíaca 75 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 ciclos por minuto, temperatura 36.3 °C, saturación 94%, FiO2 21%. El paciente se encontró en regular estado general, regular estado de nutrición, y regular estado de

hidratación. Piel y anexos: tibia, hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, no ictericia, no palidez. Tejido celular subcutáneo: no edemas. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se aprecian soplos. Abdomen: cicatriz quirúrgica supraumbilical en línea alba, en cuadrante inferior izquierdo presenta bolsa de colostomía con escaso contenido, ruidos hidroaéreos escasos en hemiabdomen superior y abolidos en hemiabdomen inferior, timbre metálico, poco depresible, semirrígido, con dolor difuso a la palpación superficial, no visceromegalias. Sistema nervioso: Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, sin signos de focalización.

Por el cuadro clínico y antecedentes, se plantearon como diagnósticos iniciales dolor abdominal (CIE-10 - R10.4) y obstrucción intestinal (CIE-10 - K56.6). Se trazó el siguiente plan de trabajo en emergencias:

1. NPO
2. Cloruro de sodio 0.9% 300 CC STAT
3. Espasmoantalgina 01 ampolla endovenosa STAT
4. Omeprazol 40 mg 01 ampolla endovenosa STAT
5. Ketoprofeno 100 mg/5 mL 01 ampolla endovenosa STAT
6. SS: Hemograma completo, PCR, urea, creatinina, pruebas de descarte de COVID, radiografía de abdomen simple decúbito y de pie

La radiografía de abdomen evidenció una marcada distensión de asas intestinales delgadas con edema de sus paredes, así como presencia de niveles hidroaéreos, considerados como posibles signos de obstrucción intestinal, además de escaso aire en ampolla rectal. Los exámenes analíticos mostraron una hemoglobina de 10.5 g/dL, hematocrito de 31%, leucocitos 9190 cel/mm³, 240000 cel/mm³, PCR de 14.6 mg/L, urea 168.5 mg/dL y creatinina de 2.96 mg/dL. Se evidenció una elevación del PCR y azotemia leve.

Ya en piso hospitalario, se añadió como antibioticoterapia empírica metronidazol 500 mg EV cada 8 horas y ceftriaxona 1g EV cada 24 horas. Durante el segundo día de hospitalización el paciente reportó remisión de sintomatología, menor dolor abdominal, pero aún no realizaba deposiciones, permaneció afebril. Se solicitaron una tomografía abdominal con contraste,

análisis de gases arteriales, electrolitos y prequirúrgicos para expectativa armada, así como una interconsulta a nefrología por azotemia. Los gases arteriales evidenciaron acidosis metabólica por pH en 7.191, pCO₂ 35.7 mmHg y HCO₃ de 13.3 mmol/L, con electrolitos sin alteraciones. Por otro lado, la tomografía abdominal mostró el estómago distendido en el fondo, cuerpo y antro, de paredes regulares, además de colon ascendente y colon transversal proximal distendidos con contenido líquido endoluminal, se evidencia área de transición a nivel del colon transversal medio proximal por presencia de hernia diafragmática anterior con hiato de 17 x 14 mm (APxT) que contiene asa gruesa en su saco (54 x 112 x 58mm en AP, T y CC) que se introduce hacia el mediastino, desplazando a las cavidades cardíacas derechas. Se reportaron también asas intestinales delgadas dilatadas con nivel hidroaéreo. Por la clínica y los hallazgos por imagen, se llegó al diagnóstico de obstrucción intestinal por hernia diafragmática incarcerada. Se solicitaron riesgos cardiológico, neumológico y anestesiológico.

Al tercer día de hospitalización, nefrología responde interconsulta y tras analizar exámenes y clínica del paciente diagnostica injuria renal aguda akin 3 por obstrucción intestinal (uropatía obstructiva por asas intestinales dilatadas + hipoperfusión por deshidratación), acidosis metabólica moderada con anion gap elevado y alcalosis metabólica. Sugiere efectivizar intervención quirúrgica a la brevedad y deja recomendaciones para SOP. Las demás especialidades determinaron: riesgo neumológico III, riesgo cardiovascular III, riesgo anestesiológico III. El mismo día se procede a realizar reducción de hernia diafragmática, rafia de defecto herniario, liberación de adherencias y colocación de dren Blake. Se reportaron como hallazgos defecto herniario diafragmático de aproximadamente 4 cm x 5 cm conteniendo colon transversal en una extensión de 8 cm, y epiplón, incarcerados. Se apreciaron microperforaciones en colon incarcerado, así como adherencias inter-intestinales múltiples y adherencias parieto-intestinales. Se recurrió a uso de inotrópicos y pasó a UCI para recuperación.

El cuarto día de hospitalización, ya en UCI, paciente sufre de fibrilación auricular con posterior bradicardia. Permaneció crítico, pero hemodinámicamente compensado, permaneciendo con marcadores sépticos elevados, elevación de azoados con oliguria, con uso de vasopresores, afebril.

Toleraba ventilación mecánica en presión controlada y se decidió rotar tratamiento antibiótico a piperacilina/tazobactam. Se inició amiodarona y labetalol por sugerencia de cardiología, con el objetivo de controlar frecuencia cardíaca y picos hipertensivos. Evolucionó favorablemente, con azoados en remisión y sin soporte vasopresor ni ventilatorio, al séptimo día de hospitalización fue transferido a piso para manejo de cirugía general, donde cursó sin interurrencias hasta su alta hospitalaria.

Cuarto caso de Cirugía General

Paciente femenina de 90 años, de iniciales BFBA, refiere que desde hace 1 mes presenta dolor a nivel de hipocondrio derecho, episódico, tipo cólico, postprandial (especialmente tras comidas de alto contenido graso), asociado a náuseas sin vómitos. Además refiere hiporexia durante la semana previa al ingreso, refiere que fue diagnosticada de colelitiasis por ecografía abdominal en un Centro de Salud hace 7 años. Niega: fiebre, coluria, acolia, ictericia.

Antecedentes generales: Vivienda propia, cuenta con servicios básicos, niega crianza de animales, cuenta con 04 habitaciones para 02 personas, grado de instrucción superior completa, dieta estándar. Niega hábitos nocivos.

Antecedentes quirúrgicos: Niega.

Antecedentes médicos: hipertensión arterial diagnosticada hace 11 años, vasculitis reumatoide diagnosticada hace 7 años, enfermedad cardiovascular aterosclerótica diagnosticada hace 3 años, hipercolesterolemia pura diagnosticada hace 7 años.

Antecedentes gineco-obstétricos: Nulípara, nuligesta. FUR: 1987. Menarquia: 13 años.

Medicamentos habituales: prednisona 5 mg diarios, atorvastatina 20mg diarios, trimetazidina diclorhidrato 35 mg los lunes, miércoles y viernes, carvedilol de 12.5 mg, 1/2 tableta mañana y noche, sertralina 50 mg diarios.

Antecedentes familiares: Hermanos con hipertensión arterial.

Al examen físico, la paciente pesó 70 kilogramos y talló 1.5 metros. Se encontró en buen estado general, buen estado de nutrición y buen estado de hidratación. Al examen regional, se encontró piel tibia, poco elástica, con llenado capilar menor a 2 segundos. En tórax y pulmones se apreció amplexación simétrica conservada, no dolor a la palpación, sonoro a la

percusión, y se auscultó murmullo vesicular que pasaba bien por ambos campos pulmonares. Al examen cardiovascular, se auscultaron ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, sin soplos, se palparon pulsos periféricos de buena intensidad, simétricos. El abdomen se apreció globuloso, con tejido celular subcutáneo aumentado, estrías en abdomen inferior, blando, depresible, con ruidos hidroaéreos presentes, dolor a la percusión en hipocondrio derecho, y dolor difuso a la palpación profunda y superficial. Murphy (-). Resto del examen no contributivo.

Por los antecedentes y la presentación, así como el examen físico, se plantearon los diagnósticos de colelitiasis con colecistitis subaguda (CIE-10 - K80.0 - presuntivo), hipertensión esencial (CIE-10 - I10.X), enfermedad aterosclerótica (CIE-10 - I25.0), hipercolesterolemia pura (CIE-10 - E78.0). Se planteó el siguiente plan de trabajo:

1. NPO
2. Cloruro de sodio 0.9% a 15 gotas por minuto
3. Metoclopramida 10 mg 01 ampolla endovenosa cada 8 horas
4. Profilaxis antibiótica con clindamicina de 600 mg 01 ampolla endovenosa STAT. Se usa clindamicina por ser alérgica a penicilinas.
5. Captopril 25 mg 01 tableta condicional a presión arterial mayor de 140/90 mmHg.
6. Control de signos vitales
7. Realizar balance hídrico
8. Preparar para sala de operaciones.

Paciente ya contaba con exámenes solicitados durante control por consultorio así como evaluación por especialidades para riesgo quirúrgico. También contaba con ecografía abdominal que reportó vesícula biliar de morfología piriforme, contraída, con dimensiones: DL:90 mm x DT: 40 mm, y paredes de hasta de 2.5 mm de espesor, bien delimitadas. Presentó contenido ecogénico que ocupó aproximadamente el 50% de la luz vesicular, asociado a múltiples litos de hasta 5mm. Colédoco: 6 mm de diámetro.

Se programó una colecistectomía laparoscópica. Durante la operación, se evidenciaron hallazgos: vesícula biliar de 10 x 4 x 4 cm de pared anterior engrosada, acartonada, pared posterior necrosada, conteniendo litos de 3 a 10 mm de diámetro, con bilis purulenta, bacinete deformado sobre vía biliar

principal, comprimiéndola, cubierta por colon transverso, duodeno y epiplón, conducto cístico engrosado y corto, vía biliar de 7 mm de diámetro, además de absceso hepático segmento IV. Se procedió a realizar liberación de adherencias firmes de tipo epiplo-vesicular, colo-vesicular y duodeno-vesicular, disección de vesícula biliar en sentido directo, identificación de conducto y arteria cística, clipaje con hem-o-lock XL (2 proximales y 1 distal en cada uno) y sección de los mismos. Posteriormente se realizó des-peritonización de vesícula biliar y ectomía de la misma en bolsa de extracción por trocar N° 1, además de drenaje de absceso hepático de segmento IV y toma de muestra para cultivo. Finalmente, se procedió con la revisión de hemostasia, lavado prolijo de cavidad abdominal, retiro de trocares bajo visión directa y cierre de pared abdominal. Se dejó además drenaje tipo Blake.

Por los hallazgos, se determinaron como diagnósticos postoperatorios: plastrón vesicular, gangrena vesicular, pirocolecisto, colecistitis calculosa sub-aguda, síndrome de mirizzi grado I, y absceso hepático.

En el post-operatorio se añadieron levosulpiride, ranitidina, dimenhidrinato, ketoprofeno endovenosos y se mantuvo terapia antibiótica con clindamicina y ciprofloxacino, se retiró metoclopramida. Se evidenciaron hallazgos patológicos en analíticos de control con leucocitosis de 19.200 cel/mm³, segmentados de 89%, abastados de 1%, PCR en 234 mg/L y procalcitonina (PCT) de 0.231 ng/mL, indicando infección bacteriana activa.

La paciente toleró el acto quirúrgico, y clínicamente evolucionó favorablemente. El drenaje Blake presentaba secreción serohemática. Sin embargo, el resultado de cultivo de absceso hepático evidenció positividad a *Morganella morganii*, por lo que cobertura antibiótica fue rotada a ertapenem de 1 gramo cada 24 horas. El servicio de infectología evaluó al paciente y sugirió rotar a meropenem de 1 gramo cada 24 horas endovenoso durante 7 días. Al momento de la presente redacción, la paciente se encontraba en su tercer día de tratamiento con meropenem, evolucionando favorablemente con marcadores infecciosos en proceso de remisión, con leucocitos en 12.410 cel/mm³, segmentados en 80%, abastados en 0%, PCR en 59 mg/L, y PCT en 0.089 ng/mL, con hemocultivos en proceso.

1.3 Pediatría

Primer caso de Pediatría

Paciente mujer de iniciales GMR de 7 años de edad ingresa por emergencia de la Clínica Good Hope, madre refiere que 12 horas antes del ingreso la paciente se despierta con dificultad para deambulación por dolor intenso en miembro inferior derecho que se irradia a zona de ingle derecha, el cual empeora con el movimiento. Se le brindó paracetamol, le colocaron compresas calientes y reposó pero el dolor no cedió. Durante el día el cuadro se intensificó por lo que acude a emergencia. Niega fiebre, náuseas, vómitos, traumatismo y caídas.

Antecedentes generales: vivienda propia, cuenta con 3 habitaciones para 7 personas, cuenta con servicios básicos, niega crianza de animales.

Antecedentes fisiológicos: edad gestacional 40 semanas, controles prenatales completos, nacida de parto eutócico, peso al nacer de 4200 g, talla de 51 cm y Apgar al primer minuto en 8 y al quinto minuto en 9. Desarrollo psicomotor adecuado para la edad. Inmunizaciones completas para la edad

Antecedentes patológicos: hospitalizada al nacer por sepsis, durante 8 días. Refiere que hace 3 semanas presentó faringitis aguda tratada con paracetamol

Antecedentes familiares: abuela materna y tía con diagnóstico de Artritis Reumatoide.

Al examen físico, la paciente pesó 35.5 kg; contó con funciones vitales, frecuencia cardíaca de 128 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 22 ciclos por minuto, temperatura de 36.7°C, saturación de 98% a un FiO₂ de 21%. Menor en aparente regular estado general, regular estado de nutrición y regular estado de hidratación. Fascie dolorosa a la ectoscopia. Piel: tibia, elástica lisa, húmeda, turgencia y elasticidad conservada, no lesiones eritematosas, llenado capilar menor a 2 segundos. Orofaringe: no congestiva no se visualizan placas. Tórax y pulmones: simétrico, de amplexación conservada, sonoro, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles, pulsos periféricos presentes. Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible, no impresiona doloroso a

la palpación superficial ni profunda. Sistema nervioso: lúcida orientada en tiempo, espacio y persona, obedece órdenes simples, no signos meníngeos ni focalización. Osteomuscular: miembro inferior derecho con limitación de rango articular en movimientos pasivos y activos (abducción, aducción, extensión y flexión). Presencia de dolor en región de cabeza femoral a la palpación y al movimiento que se irradia a ingle derecha. Deambulación parcialmente comprometida. No dolor a la palpación en muslo, rodilla, pierna, tobillo y pie. No presencia de aumento de volumen, ni cambios en coloración de piel. Resto del examen no contributivo.

Por la anamnesis y hallazgos en el examen, se planteó como diagnóstico síndrome doloroso monoarticular coxofemoral de cadera derecha (CIE-10 - M25.5) de etiología a determinar. Se propusieron como posibles diagnósticos etiológicos: fiebre reumática aguda, artritis séptica de cadera derecha, enfermedad de Leggs Perthes Calve (necrosis vascular de cabeza de fémur), artritis idiopática juvenil (oligoarticular), sinovitis transitoria de la cadera derecha y artritis reactiva. Por lo cual el plan con la paciente fue:

- Hemograma completo
- PCR, VSG
- Factor Reumatoideo, ANA
- Ecografía de cadera
- Radiografía de cadera
- RMN de cadera cadera
- I/C a traumatología pediátrica
- Prueba antigénica de COVID 19

En los exámenes de laboratorio el único parámetro fuera de lo normal fueron los leucocitos en 11850 sin desviación izquierda, resto del hemograma normal. PCR y VSG dentro de lo normal, inmunología (ANA, FR) negativos. En la radiografía y ecografía no se evidencian cambios o anormalidades por lo que se sugiere una resonancia magnética; este examen evidencia sinovitis de la articulación coxofemoral derecha con realce homogéneo al contraste, hallazgos sugestivos de sinovitis transitoria. Se cataloga como sinovitis transitoria y el paciente se hospitaliza, el tratamiento que se dio fue:

- Dieta blanda + LAV
- Dextrosa 5% 1000cc + NaCl 20% 20cc + KCl 20% 10cc: 10cc/hr EV

- Ketorolaco 15 mg EV PRN a dolor muy intenso
- Metamizol 750 mg EV PRN a dolor intenso
- Omeprazol 35 mg cada 24 horas EV
- Paracetamol 450 mg cada 6 horas
- CFV + OSA
- Reposo relativo en cama

Se vio una gran mejora a partir del segundo día con el tratamiento brindado y fue se dio de alta al cuarto día.

Segundo caso de Pediatría

Paciente varón de iniciales de 12 años ingresa por emergencia del Hospital María Auxiliadora, madre refiere que 5 días antes del ingreso, el menor presentó tos y rinorrea, un día antes del ingreso luego de actividad deportiva en su centro de estudios, presentó cuadro de agitación, respiración rápida y le silbaba el pecho, cuadro que calmó parcialmente con inhaladores de salbutamol, pero se hace persistente, por lo que acude al hospital.

Antecedentes generales: vivienda de material noble con 3 dormitorios para 4 personas, cuenta con servicios básicos, niega crianza de animales.

Antecedentes patológicos: niega enfermedades, niega uso de medicamentos habituales, niega intervenciones quirúrgicas, niega alergias. Madre refiere que hace 4 años y hace 2 meses menor presentó cuadro de similares características que cedieron con inhaladores de salbutamol.

Madre no refiere antecedentes familiares de importancia.

Los signos vitales en emergencia fueron de frecuencia cardiaca en 102 latidos por minuto, frecuencia respiratoria en 25 respiraciones por minuto, temperatura en 36.5°C y saturación de oxígeno en 92% con FiO2 ambiental (0.21). Paciente en aparente regular estado general, regular estado de nutrición y regular estado de hidratación, con peso de 53 kg y talla de 1.57 m. Al examen físico, se evidencia piel tibia, humectada y elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis central ni distal. Tórax y pulmones: simétrico con amplexación conservada, se visualiza tiraje subcostal, no enfisema, sonoro, se ausculta murmullo vesicular que pasa en ambos hemitórax, se auscultan sibilancias inspiratorias y espiratorias difusos en ambos campos pulmonares. En el aparato cardiovascular se auscultan ruidos cardiacos

rítmicos taquicárdicos, no soplos audibles; el abdomen se encontró no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible no doloroso a la palpación. Resto de examen no contributivo.

Con los datos de la anamnesis y hallazgos del examen físico se plantea como diagnóstico inicial crisis asmática moderada (CIE-10 - J45.9) con un puntaje de PIS de 10 puntos: frecuencia respiratoria en 26 (1 punto), sibilancias inspiratorias y espiratorias (3 puntos), relación inspiración y espiración 1:2 (2 puntos), tiraje subcostal +/+++ (1 punto), saturación de oxígeno en 91% (3 puntos). El plan en emergencia con el paciente fue:

- Sello salino
- Metilprednisolona 53 mg EV c/12h
- Salbutamol 6 puffs c/20 minutos por 1h y luego reevaluación
- O2 húmedo por cánula binasal (1-4 lt) para mantener saturación >92%
- Se hospitaliza

A la reevaluación se verifica que los síntomas mejoraron luego de la primera hora, presentó un PIS de 7 puntos (Frecuencia respiratoria en 16: 0 puntos, sibilantes inspiratorios y espiratorios: 3 puntos, relación inspiración/espiración: 2 puntos, tirajes ausentes: 0 puntos, saturación en 94%: 2 puntos) por lo cual se mantiene terapéutica pero se cambia la indicación de salbutamol a 8 puffs cada 3 horas, paciente permanece hospitalizado debido a la necesidad de oxígeno suplementario.

Se continúa manejo con beta agonistas de acción corta, glucocorticoides orales y se inicia tratamiento controlador con corticoides inhalados cada 12 horas. Paciente presenta mejoría completa de síntomas y mantiene saturación >95% con FiO2 21% por lo que es dado de alta al segundo día, previa consejería y con cita por consultorio externo en 1 semana.

Tercer caso de Pediatría

Lactante mujer de iniciales LKOA de 5 meses y 23 días de vida es traída a la emergencia, madre refiere que 3 días antes del ingreso notó a menor con malestar general y sensación de alza térmica no cuantificada que cedió al darle paracetamol en gotas (no recuerda cuántas). 1 día antes del ingreso, la menor persistía con fiebre de 38°C por lo cual le vuelve a administrar paracetamol, con lo cual la fiebre cedió. El día del ingreso madre acude con

menor a policlínico, donde le indicaron que el paciente presentaba un proceso respiratorio, por lo que le recetaron ibuprofeno, antibióticos (no recuerda cuáles) y dextrometorfano, madre refiere que menor no toleró medicamentos y presentó vómitos en 2 oportunidades, además refiere que menor presentó 3 episodios de deposiciones líquidas sin moco ni sangre. Ante persistencia de fiebre y síntomas acude al hospital María Auxiliadora.

Antecedentes generales: vivienda de material noble con 2 habitaciones para 4 personas, cuenta con servicios básicos, niega crianza de animales.

Antecedentes fisiológicos: edad gestacional 39 semanas, 6 controles prenatales, nacida de parto por cesárea, peso al nacer de 3888 g, talla de 51 cm y Apgar al primer y quinto minuto en 9.

Antecedentes patológicos: niega enfermedades, niega hospitalizaciones previas, niega intervenciones quirúrgicas, niega alergias.

Antecedentes familiares: contacto con tío con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, hermana mayor tiene vitíligo.

Al examen físico, la paciente pesó 8900 g y talló 69 cm; contó con funciones vitales, frecuencia cardíaca de 117 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 35 ciclos por minuto, temperatura de 36°C, saturación de 99% a un FiO₂ de 21%. Lactante en aparente regular estado general, regular estado de nutrición y regular estado de hidratación. Piel: temperatura y elasticidad conservada, llenado capilar menor de segundos, no se evidencia ictericia ni cianosis. TCSC: de distribución normal, incrementado de manera generalizada, no se palpan adenopatías. Cabeza: normocéfalo, fontanela normotensa, orofaringe no congestiva no se visualizan placas. Tórax y pulmones: simétrico, de amplexación conservada, sonoro, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles. Abdomen: globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible, no impresiona doloroso a la palpación superficial ni profunda. Genitourinario: genitales adecuados para edad, leve eritema. Sistema nervioso: despierta, reacciona a estímulos externos, moviliza 4 extremidades, no signos meníngeos ni focalización. Resto del examen no contributivo.

Por la anamnesis y hallazgos en el examen, se plantearon como diagnósticos síndrome febril (CIE-10 - R50.9), a descartar infección de vías urinarias (CIE-

10 - N39.0 - presuntivo) y enfermedad diarreica aguda sin signos de deshidratación (CIE-10 - A09 - presuntivo). Se indicó:

- CFV + OSA
- Paracetamol 18 gotas condicional a temperatura $>38^{\circ}\text{C}$
- Hemograma, glucosa, urea, creatinina
- Examen de orina completa
- Reacción inflamatoria en heces

Se reevalúa a la paciente con resultados de exámenes, presenta leve leucocitosis en 19740 sin desviación a la izquierda, resto de hemograma dentro de los parámetros normales, creatinina en 0.27, glucosa en 114 y urea en 11. El examen de orina (obtenido con bolsa colectora) resultó patológico con leucocitos 50-60 por campo, presencia de aglutinados 2++ y hematíes 0-1 por campo. Debido a ese resultado se cataloga como ITU probable y se vuelve a solicitar examen de orina completo y urocultivo obtenido por sonda, el resultado de este también fue patológico con leucocitos 15-20 por campo, por lo cual se decide hospitalizar iniciar antibioticoterapia empírica y hospitalizar a la menor.

Se inicia tratamiento con amikacina 175 mg c/24h vía EV, previa toma de hemocultivos. En el transcurso de los días, la menor presenta mejoría clínica, no vuelve a presentar fiebre, el resultado del urocultivo fue *E. coli* pansensible y los hemocultivos fueron negativos. Paciente presenta evolución favorable y al quinto día de hospitalización la paciente es dada de alta, se prescribe cefuroxima para completar antibioticoterapia por 7 días.

Cuarto caso de Pediatría

Paciente mujer de iniciales AHG de 10 años ingresa por emergencia, madre refiere que 2 días antes del ingreso la menor sufrió una mordida en dorso de mano izquierda por perro de la casa, por lo cual hermana mayor lava herida con agua y jabón además le coloca crema "sulfanil" y aceite de carro, posteriormente venda la herida. Horas después, la madre acudió a la farmacia donde le recetaron dicloxacilina e ibuprofeno de los cuales le brindó dos dosis. 1 día antes del ingreso madre acudió a centro de salud al no notar mejoría, donde se le prescribió amoxicilina/ácido clavulánico y omeprazol. El día del

ingreso madre refiere aumento de volumen, enrojecimiento y dolor por lo que acude al hospital. Perro propio y vacunado.

Antecedentes generales: vivienda de madera con 1 habitación para 3 personas, no cuenta con servicios básicos solo luz, tiene un perro.

Antecedentes fisiológicos: edad gestacional 40 semanas, más de 6 controles prenatales, nacida de parto eutócico, peso al nacer de 3800 g, talla de 50 cm y Apgar al primer y quinto minuto en 9. Inmunizaciones completas.

Antecedentes patológicos: displasia de cadera, refiere apendicectomía y hospitalización hace 2 años por apendicitis + peritonitis. Niega alergias, niega otras patologías.

Antecedentes familiares: madre tiene artrosis

Al examen físico, la paciente pesó 42 kg; contó con funciones vitales, frecuencia cardíaca de 100 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 17 ciclos por minuto, temperatura de 36.6°C, saturación de 99% a un FiO₂ de 21%. Menor en aparente regular estado general, regular estado de nutrición y regular estado de hidratación. Piel: temperatura y elasticidad conservada, llenado capilar <2 segundos, mano y muñeca izquierda eritematosas. TCSC: aumento de volumen, eritema, signos de flogosis en zona tenar, dorso de mano y muñeca izquierda. Presencia de herida de aproximadamente 0.5 cm en zona tenar de mano izquierda. Tórax y pulmones: simétrico, de amplexación conservada, sonoro, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles. Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. Sistema nervioso: lúcida, orientada en tiempo espacio y persona, Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni focalización. Resto del examen no contributivo.

Con datos de la anamnesis y hallazgos en el examen físico, se plantearon como diagnósticos celulitis de mano izquierda (CIE-10 - L03.1) y mordedura de perro (CIE-10 - T63.8). El manejo que se indicó fue:

- CFV + OSA
- Hemograma, G-U-C
- Clindamicina 210 mg c/6h
- Curaciones con mupirocina

- Se hospitaliza
- Control del animal mordedor

En los resultados de los exámenes de laboratorio se evidencia leucocitos en 10460 con 1% de abastionados, hemoglobina de 12.2, glucosa en 118, creatinina en 0.46, urea en 22, resto de parámetros dentro de lo normal. La paciente no fue vacunada debido a que se catalogó como exposición leve. A partir del segundo día de haberse iniciado la antibioticoterapia y curaciones dos veces al día, se evidenció mejoría clínica; la paciente permaneció afebril y la lesión se fue recuperando, se mantuvo por 5 días y posteriormente se dio de alta con tratamiento por vía oral con clindamicina por 2 días más.

1.4 Ginecología y Obstetricia

Primer caso de Ginecología y Obstetricia

Paciente mujer de iniciales EMQ de 42 años ingresa por tóxico de emergencia del hospital María Auxiliadora el 06/11/2021 refiriendo presentar sangrado vaginal de regular cantidad desde hace 4 días, asociado a cefalea y mareos. Niega antecedentes patológicos de importancia, niega antecedentes quirúrgicos. Como antecedentes familiares de importancia refiere que madre tiene hipertensión arterial. Como antecedentes ginecoobstétricos refiere menarquia a los 11 años, refiere haber presentado 5 gestaciones, 5 partos a término y 5 hijos vivos (Fórmula obstétrica: G5 P5005) de los cuales todos menos el último fueron partos vaginales extrahospitalarios, su último parto fue vaginal e institucional. Fecha de última regla 20/10/202, régimen catamenial 7-8 días de menstruación de forma irregular. Edad de inicio de relaciones sexuales fue de 14 años, ha tenido 3 parejas sexuales, usa como método anticonceptivo el inyectable mensual y su último PAP lo realizó en agosto de 2021 cuyo resultado fue negativo.

Los signos vitales en emergencia fueron de presión arterial en 110/70 mmHg, frecuencia cardiaca en 125 latidos por minuto, frecuencia respiratoria en 20 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno en 98% con FiO2 ambiental (0.21). Al examen físico, en piel se evidenció palidez ++/+++, en el aparato cardiovascular se auscultan ruidos cardíacos rítmicos taquicárdicos, en

abdomen se auscultan ruidos hidroaéreos presentes de regular frecuencia e intensidad, abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no rebote. Al examen vaginal con espéculo se visualiza cérvix cerrado y escaso sangrado por orificio cervical externo; al tacto vaginal útero AVF de 10 cm aproximadamente, cérvix cerrado. Resto de examen no contributivo.

De acuerdo con la anamnesis y los hallazgos en el examen físico se cataloga como sangrado uterino anormal (CIE-10 - N93.9) de etiología a determinar, y anemia sintomática (CIE-10 - D64.9). El manejo inicial de la paciente fue estabilizar y catalogar la severidad de la anemia, además se solicitan exámenes auxiliares (hemograma, grupo y factor, y examen de orina). El plan con la paciente fue:

- CFV + OSA
- Cruzar 3 paquetes globulares (PG)
- NaCl 0.9% 1000 cc, pasar 300 cc
- Ácido tranexámico 1 g STAT
- Reevaluación con resultados
- Si Hemoglobina <7 transfundir PG

Los resultados de los exámenes descartan embarazo y determinan una anemia severa (Hb: 4.7) por lo que se decide transfundir 3 paquetes globulares e investigar la causa del sangrado, la paciente se hospitaliza. Se realiza una ecografía transvaginal la cual concluye que la paciente presenta miomatosis uterina difusa.

Se decide optar por manejo quirúrgico de la patología, previa estabilización de la anemia y detención del sangrado. La cirugía que se realizó fue una histerectomía vaginal. La paciente presentó evolución favorable y fue dada de alta a los 5 días del ingreso y tercer día postoperatorio.

Segundo caso de Ginecología y Obstetricia

Paciente mujer de iniciales MGVR con 55 años de edad ingresa por el servicio de consultorio externo de Ginecología del Hospital María Auxiliadora refiriendo que desde hace 5 años se le escapa la orina cuando ríe, puja, tose o realiza algún esfuerzo. Además indica que tiene sensación de bulto que protruye en la región genital dificultando la deambulación, niega sangrado.

Antecedentes personales: casada, vivienda propia, cuenta con servicios básicos, niega crianza de animales, grado de instrucción primaria completa, niega hábitos nocivos.

Antecedentes ginecoobstétricos: fecha de última regla hace 6 años, menarquía a los 12 años, inicio de relaciones sexuales a los 13 años, 2 parejas sexuales, no refiere uso de métodos anticonceptivos. Presentó 5 gestaciones, 5 embarazos a término y 5 hijos vivos (Fórmula obstétrica: G5 P5005) todas fueron partos eutócicos.

Antecedentes patológicos: artrosis diagnosticada hace 7 años, niega antecedentes quirúrgicos. Niega alergias. Niega uso de medicamentos habituales.

Los signos vitales en emergencia fueron de presión arterial en 110/75 mmHg, frecuencia cardiaca en 84 latidos por minuto, frecuencia respiratoria en 18 respiraciones por minuto, temperatura en 36.5°C y saturación de oxígeno en 98% con FiO2 ambiental (0.21). Al examen físico, piel tibia, húmeda y elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, mucosas húmedas; en el aparato cardiovascular se auscultan ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad; en el aparato respiratorio murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares; abdomen blando y depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación. En zona genital se visualiza protrusión de la pared anterior, POP-Q:

+3	+4	-4
8	3	10
-1	-2	-4

Por la presentación y hallazgos, se plantearon como diagnósticos prolapso de pared vaginal anterior (CIE-10 - N81.1) POP IIIBa e incontinencia urinaria de esfuerzo (CIE-10 - R32). El plan con la paciente fue la hospitalización para completar requisitos prequirúrgicos y programación para cirugía electiva.

La cirugía que se realizó fue una histerectomía vaginal + colporrafia anterior + colocación de malla TOT. La paciente tuvo una evolución favorable y fue dada de alta al tercer día.

Tercer caso de Ginecología y Obstetricia

Paciente femenina de iniciales LOCLJ que 8 horas antes del ingreso presenta dolor en hemiabdomen inferior de tipo opresivo, con una intensidad de 4/10 según escala EVA que no cedió con naproxeno. 2 horas antes del ingreso dolor se incrementó en intensidad hasta 8/10 y migró hacia fosa iliaca derecha, por lo cual decidió acudir a servicio de emergencias de la Clínica Good Hope. No presentó sangrado vaginal ni fiebre. Niega signos de alarma. Fecha de la atención: 18/12/2021.

Antecedentes generales: Vivienda propia, cuenta con servicios básicos, cría 01 perro, cuenta con 02 habitaciones para 05 personas, grado de instrucción técnica superior, dieta estándar. Niega hábitos nocivos.

Antecedentes quirúrgicos: 02 cesáreas en 2012 y 2017. Retiro de T de cobre en 2015, colocación de nueva T de cobre en 2017 posterior a cesárea.

Antecedentes médicos: Niega.

Antecedentes gineco-obstétricos: 02 embarazos, 02 cesáreas, portadora de T de cobre. G1 RNAT, cesárea, 2012. G2 RNAT, cesárea, 2017. Fórmula obstétrica: G2P2002. FUR: 25/11/2021. Menarquia: 14 años. RC: 4/28. MAC: T de cobre. Inicio de relaciones sexuales: 18 años. Decide no reportar número de parejas sexuales.

Medicamentos habituales: Niega.

Antecedentes familiares: Madre con hipertiroidismo, hipertensión arterial y diabetes mellitus. Padre sufrió un infarto agudo de miocardio.

Al examen físico, la paciente talló 1.50 metros y pesó 71.5 kilogramos. Contó con funciones vitales de presión arterial de 100/60 mmHg, frecuencia cardíaca de 61 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18 ciclos por minuto, temperatura de 36.7 °C, saturación de 98% a FiO₂ de 21%. Apreciación general: paciente despierta en posición decúbito dorsal, orientada en tiempo espacio y persona, en buen estado general, buen estado de hidratación y buen estado de nutrición. Piel y anexos: tibia, elástica, hidratada, no palidez. Llenado capilar menor a 2 segundos. Anexos de adecuada distribución para sexo y edad. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores, ni ruidos agregados. Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos. Abdomen: blando,

depresible. No doloroso a la palpación superficial, leve molestia a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha. No signos de peritonismo. Genitourinario: puñopercusión lumbar y puntos renoureterales negativos. Especuloscopia: Orificio cervical externo cerrado. No sangrado trans orificial ni leucorrea. Tacto vaginal: Orificio cervical externo cerrado, no dolor a la lateralización cervical ni a la palpación bimanual anexial. Resto del examen no contributivo.

Por la presentación y hallazgos, se plantearon como diagnósticos dolor en fosa iliaca derecha (CIE 10 - R10.3), embarazo ectópico (CIE 10 - O00.9 - presuntivo) e infección del tracto urinario (CIE 10 - N39.0 - presuntivo). Por lo que se elaboró el siguiente plan de trabajo:

1. Cloruro de sodio 0.9% como hidratación endovenosa
2. Metamizol 1G EV STAT lento y diluido.
3. SS: Hemograma, PCR, examen completo de orina, b-HCG, ecografía de abdomen inferior, ecografía transvaginal, y prequirúrgicos.

Los resultados fueron: hemoglobina 11.3 g/dL, hematocrito 34.2 %, leucocitos 10.590 cel/mm³, no desviación izquierda, plaquetas 235.000 cel/mm³, PCR 2.44 mg/L, examen de orina no patológico, cuerpos cetónicos 3+. La ecografía de abdomen inferior reportó riñones sin evidencia de alteraciones ecográficas significativas, útero y ovarios no evaluables, no signos ecográficos de proceso apendicular agudo.

Con los hallazgos mencionados, cirugía evaluó y consideró bajo puntaje para apendicitis, sugirió evaluación ginecológica de emergencia para valoración de otros diagnósticos. Ginecología solicitó una ecografía transvaginal, en la que se encontraron los siguientes hallazgos: formación heterogénea en el anexo derecho, a descartar salpingitis asociada a absceso tubárico versus gestación ectópica, asimismo signos sugestivos de cuerpo lúteo en ovario izquierdo, endometrio con características de 2da fase y dispositivo intrauterino in situ, líquido libre escaso. Además, se solicitó una b-HCG que resultó en 275.7 mUI/mL. Por los mencionados hallazgos, pasó a manejo de ginecología y se hospitaliza para manejo de embarazo ectópico. El plan de hospitalización consistió en:

1. Observación
2. Dosar b-HCG cada 48 horas
3. Posibilidad de cirugía de emergencia según evolución

Posterior a la administración de metamizol, la paciente no volvió a presentar episodios de dolor, permaneció hemodinámicamente estable, sin signos de alarma, no tuvo sangrado vaginal. Se tomó control de b-HCG a las 48 horas del primer examen, resultando en 146.9 mUI/mL. Se complementó estudio con ecografía transvaginal de control, la cual evidenció una reducción de la masa anexial de 32 mm a 22 mm. Por los mencionados hallazgos, y al estar la paciente asintomática, hemodinámicamente estable, sin signos de alarma, se decide dar de alta médica con el diagnóstico de embarazo ectópico no complicado en remisión espontánea.

Cuarto caso de Ginecología y Obstetricia

Paciente femenina de iniciales FLCC, de 42 años de edad, refiere que desde 5 horas antes del ingreso presenta contracciones de moderada intensidad, cada 20 minutos, con una duración aproximada de 1 minuto por contracción. Media hora antes del ingreso sufrió pérdida de líquido abundante, coloración clara, que se torna ligeramente rosada. Percibe movimientos fetales. Fecha de la atención: 05/02/2022.

Antecedentes generales: Vivienda alquilada, cuenta con servicios básicos, niega crianza de animales, cuenta con 02 habitaciones para 02 personas, grado de instrucción superior completa, dieta estándar. Niega hábitos nocivos. Antecedentes quirúrgicos: apendicectomía laparoscópica en 2006, legrado uterino en 2016, abdominoplastía en 2021.

Antecedentes médicos: Niega.

Antecedentes gineco-obstétricos: 02 embarazos, 01 aborto. G1 aborto, legrado uterino, 2016. G2 actual gestación, cursó con amenaza de aborto en el primer trimestre, además de anemia en el tercer trimestre. Fórmula obstétrica: G2P0010. FUR: 28/05/2021. FPP: 04/03/2022. Edad gestacional por FUR de 36 semanas 1/7, edad gestacional por ecografía de primer trimestre de 37 semanas exactas. Primera atención prenatal a las 7 semanas. Número de atenciones prenatales: 10. Menarquia: 13 años. RC: 3/25. MAC: anticonceptivos orales. Inicio de relaciones sexuales: 17 años. Número de parejas sexuales: 3.

Medicamentos habituales: Niega.

Antecedentes familiares: Madre con diabetes mellitus.

Al examen físico, la paciente pesó 78 kilogramos (ganancia de peso de 18 kilogramos desde el inicio de la gestación), y talló 1.64 metros. Contó con funciones vitales de presión arterial de 120/80 mmHg, frecuencia cardíaca de 99 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 ciclos por minuto, temperatura de 36.5 °C, saturación de 98% a un FiO2 de 21%. Se encontraba en buen estado general, buen estado de nutrición, buen estado de hidratación. Piel y anexos: tibia, elástica, hidratada, no palidez. Llenado capilar menor a 2 segundos. Anexos de adecuada distribución para sexo y edad. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores, ni ruidos agregados. Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos. Abdomen: ocupado por útero grávido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso. Altura uterina de 33 centímetros, feto en transverso cefálico izquierdo, frecuencia cardíaca fetal en 140 latidos por minuto, movimientos fetales presentes, sin dinámica uterina. Genitourinario: puñopercusión lumbar y puntos renoureterales negativos. Especuloscopia: Salida de líquido claro al intentar colocar espéculo. Tacto vaginal: Membranas ovulares rotas. Resto del examen no contributivo. Por la presentación y los hallazgos, se consideraron como diagnósticos gestante de 37 semanas por ecografía de primer trimestre, alto riesgo por edad materna (CIE 10 - Z35.9), feto en transverso (CIE 10 - O33.4), rotura prematura de las membranas e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas (CIE 10 - O42.0). Se trazó el siguiente plan de trabajo:

1. NPO
2. Cloruro de sodio al 0.9% 1000 CC a 30 gotas por minuto
3. Monitoreo fetal
4. Cefazolina de 1 g STAT
5. SS prequirúrgicos
6. Se prepara para cesárea de emergencia

Ingresó a sala de operaciones, donde se apreció útero grávido con producto único en transverso dorsal inferior. Se realizó asepsia y antisepsia. Se inició con incisión tipo Pfannenstiel más disección hasta llegar a cavidad, se procede a realizar histerotomía a lo Kerr, evidenciándose líquido amniótico escaso, se realizan maniobras para la extracción de recién nacido en podálico, se realiza limpieza de cavidad oral y entrega a pediatra. Se apreció recién nacido vivo

de 3350 gramos, con Apgar 4-8 y cordón umbilical con 2 arterias y 1 vena. Posteriormente, se procedió a intentar extracción de placenta, pero se encontró adherida firmemente al fondo uterino, con sangrado constante. Se observó a los cotiledones adheridos a esa zona (a predominio fondo uterino). Placenta fue extraída parcialmente y con dificultad, sin embargo el sangrado no paró y se volvió profuso, por lo que se procedió a efectuar histerectomía subtotal. Se realizó pinzamiento, sección y ligadura de ligamentos redondos y ligamento útero-ovárico bilateral con lino 1 y catgut cromico 1, apertura de ligamentos anchos, rechazo de repliegue vesicouterino. Pinzamiento, sección y ligadura de vasos uterinos con vicryl 1. Pinzamiento y sección a nivel cervicouterino. cierre de cúpula con vicryl 1 surjete cruzado. Revisión estricta de hemostasia. Se colocó Lyostypt a nivel cervicovesical. Recuento de gasas completo, se procedió a cierre de cavidad por planos según técnica habitual. La paciente pasó a recuperación con funciones vitales estables, sonda foley permeable. Orina clara. se apreciaron además anexos normales, adherencia del epiplón a cara antero lateral derecha de pared abdominal. Se reportó un sangrado aproximado de 1500 cc. Se transfundieron dos paquetes globulares intraoperatorios.

Se procedió a solicitar controles de hemoglobina y a administrar el tratamiento estándar de una postcesareada, añadiendo profilaxis antibiótica con ceftriaxona de 1 g EV cada 24 horas. En su PO 1 de cesárea, la paciente se encontró hemodinámicamente estable, afebril, sin signos de descompensación, iniciando deambulacion asistida. El control de hemoglobina mostró una disminución de 9 g/dl preoperatorio a 6.7g/dl, pese a la transfusión de 02 paquetes globulares. EN SU PO 2 cursó estable sin interurrencias. En su PO 3 se solicitó la transfusión de 01 nuevo paquete globular, evidenciando un aumento hasta 7.5 G/DL. La paciente permaneció estable, sin signos de descompensación, con evolución favorable. se le dió de alta con indicaciones de médico tratante:

1. Ketoprofeno 100 mg tabletas vía oral, tomar 1 tableta cada 8 horas por 7 días.
2. Simeticona 80 mg, tomar 1 tableta masticable con desayuno, almuerzo y cena por 5 días.
3. Control por consultorio externo de ginecología.

Posterior al alta, se confirmó el diagnóstico de acretismo placentario mediante anatomía patológica, informándose:

- Placenta del tercer trimestre, madura, de 557 gramos, adecuada para edad gestacional a término, con escasos depósitos fibrinoides intervellosos. Cordón umbilical y membranas corioamnióticas sin alteraciones.
- Útero con cortes histológicos que evidencian ausencia de decidua basal entre vellosidades y miometrio, con capa de fibrina de Nitabuch y áreas con vellosidades coriónicas en contacto directo con miometrio, diagnosticando así el acretismo placentario.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

La experiencia del internado médico fue desarrollada en tres establecimientos de salud, el Hospital Nacional María Auxiliadora, el Centro de Salud Gaudencio Bernasconi y la Clínica Good Hope.

Debido al contexto de pandemia y según el documento técnico publicado por el Ministerio de Salud (MINSA) (21) aquellos internos que realizaran sus prácticas en sedes del MINSA deberían realizar como mínimo un 50% del internado en establecimientos del nivel primer nivel de atención (I-3 y I-4). Es por esta razón que se llevó a cabo el internado en un total de 03 sedes, ya que uno de los dos internos autores del trabajo tuvo que rotar en 02 sedes MINSA.

Los primeros cinco meses de internado tuvo como sede el Hospital Nacional María Auxiliadora, el cual es un hospital nivel III-1 que pertenece a la Dirección de Salud de Lima Sur, se encuentra ubicado en la avenida Miguel Iglesias 968 en el distrito de San Juan de Miraflores y es el principal hospital de referencia de este sector de Lima. Cuenta con una amplia cartera de servicios y especialidades. Dentro de los servicios se encuentra la emergencia, sala de parto, diagnóstico por imágenes, hospitalización, centro quirúrgico, rehabilitación y laboratorio. Cuenta con 472 camas de hospitalización en promedio. En este nosocomio se completaron todas las rotaciones, pasando por los servicios de emergencia y piso de hospitalización de las cuatro especialidades, además de centro obstétrico y consultorio externo en el caso de Ginecología y Obstetricia. Así mismo, en el departamento de Cirugía, además del servicio de Cirugía General, se completaron rotaciones por las especialidades de Traumatología, Urología, Neurocirugía y Cirugía Plástica.

La segunda parte del internado se efectuó en el Centro de Salud Gaudencio Bernasconi, el cual es un establecimiento de salud nivel I-3 que también pertenece a la Dirección de Salud Lima Sur y a la Red Integrada de Salud conformada por los distritos de Barranco, Chorrillos y Surco. Está ubicado en la Av. Almirante Grau 198 en el distrito de Barranco. Cuenta con los servicios de Medicina General y Urgencias, programa de control de Tuberculosis (PCT), obstetricia, nutrición, odontología, trabajo social y laboratorio. En este establecimiento, se realizaron rotaciones por consultorio externo de medicina, obstetricia y en PCT. Por otro lado, el centro de salud está a cargo del centro de vacunación localizado en el estadio Luis Gálvez Chipoco en Barranco, el cual es uno de los locales con mayor afluencia de personas, en el cual los internos cumplen un rol de apoyo en el triaje y en la vigilancia epidemiológica de los Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (ESAVI).

El otro centro en el que se realizó el internado fue la Clínica Privada Good Hope, perteneciente a la Red Médica Mundial, la cual cuenta también con aproximadamente 700 instituciones de salud, y tiene como promotora a la Asociación Unión Peruana de la Iglesia Adventista del Séptimo Día. Se encuentra ubicada en la avenida Malecón Balta N° 956, distrito de Miraflores. Cuenta con 03 bloques: A, B, y C. El bloque A consiste en el “Edificio Good Hope”, que cuenta con 12 pisos y 04 sótanos. En el primer piso se encuentra el servicio de admisión hospitalaria, el servicio de emergencias, el de diagnóstico por imágenes y laboratorio. El segundo piso constituye un piso administrativo. El tercer piso es el piso de hospitalización para pacientes con diagnóstico de infección por SARS-CoV-2. Los pisos 04 hasta el 09 son pisos de hospitalización para los diferentes servicios de la clínica. El décimo piso constituye el restaurante general y cafetería. El onceavo piso es el piso administrativo principal, de gerencia, y el doceavo piso constituye tanto el auditorio como el comedor designado para el personal sanitario. El bloque B se reserva para consultorios, pisos administrativos y salud ocupacional. El bloque C contiene también consultorios así como a la emergencia diferenciada para pacientes sintomáticos respiratorios.

La clínica cuenta con más de 40 especialidades, entre médicas y quirúrgicas. En cuanto a la infraestructura, la clínica cuenta con servicios de diagnóstico

por imagen, patología clínica, banco de sangre, nutrición y dietética, consultorios ambulatorios (bloques B y C), especialidades (bloques B y C), centro cardiológico, unidad de hemodinamia, hospitalización pediátrica (piso 08), centros quirúrgicos (pisos 04 y 06), servicio de emergencia (piso 01), unidad de cuidados intensivos (piso 08), cafetería (piso 10), estar médico en cada piso, salas de trabajo con computadoras en cada piso hospitalario, salas de espera en casa piso, cuarto de internos y sala de trabajo de internos (09 piso).

La clínica ofrece distintos servicios al público, clasificados en: hotelería hospitalaria (hospitalización), apoyo al diagnóstico (banco de sangre, servicio de patología clínica, diagnóstico por imagen), unidades de atención (centro de esterilización, centro cardiológico, centro de inmunización, centro obstétrico, centro quirúrgico, emergencia, consultorios ambulatorios, hemodinamia, entre otros), soporte emocional y espiritual, productos especiales y servicios adicionales (valet parking, cafetería, etc).

Además, cuenta con un departamento de docencia e investigación encargado de la coordinación de la formación y actividades del personal de internado médico y residentado, así como alumnos rotantes, becarios, fellows, profesionales honorarios, entre otros. En cuanto al internado médico, existen convenios con las universidades: Universidad Peruana Unión (UPeU), Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC), Universidad San Martín de Porres (USMP) y la Universidad Ricardo Palma (URP). Por otro lado, el residentado médico se lleva a cabo con reconocimiento del Comité Nacional de Residentado Médico (CONAREME) en 03 especialidades: Medicina Interna, Anestesiología y Cardiología.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

Las rotaciones en los diferentes servicios de los centros mencionados sirvieron de oportunidad para revisar las patologías encontradas y propiciaron el contexto para una actualización del manejo de las mismas basado en evidencia. Se discutieron los casos con los médicos asistentes correspondientes, reafirmando los conocimientos básicos adquiridos durante la carrera y complementándose con información actualizada así como con prácticas inherentes a cada centro. A continuación, desarrollamos los casos clínicos presentados en el primer capítulo.

3.1 Medicina Interna

Primer caso de Medicina Interna

La paciente constituye un caso interesante al presentarse como un cuadro de colelitiasis en una paciente colecistectomizada y después de haber pasado por CPRE's múltiples. La frecuencia de litiasis recurrente de vías biliares es variable, desde 4% hasta 25% (26,27). Debido a las potenciales complicaciones, como pancreatitis, colangitis, entre otros, es importante determinar los factores de riesgo que puedan orientar a identificar qué pacientes tienen mayores probabilidades de continuar formando litos posteriormente a una colecistectomía.

En 2018, un estudio de análisis multivariado retrospectivo de base de datos determinó los siguientes factores de riesgo (28):

- Número de cálculos ≥ 2 ($p = .009$)
- Cálculos de colesterol ($p = .02$)
- Angulación del conducto cístico $< 145^\circ$ ($p = .036$)

Asimismo, en 2021, un estudio de cohorte prospectiva determinó factores de riesgo similares (29):

- Número de cálculos >2
- Tamaño de cálculos >10 mm
- Haber tenido litotricia mecánica endoscópica

En este caso, la paciente contó con antecedentes de cálculos múltiples y el tamaño del cálculo extraído durante la derivación biliodigestiva fue de gran tamaño, de aproximadamente 2 cm por 1 cm.

Dentro de los diagnósticos diferenciales contamos con (30): cáncer de las vías biliares, tumor de klatskin, estenosis del conducto biliar, quiste de colédoco, enfermedad de úlcera péptica, colecistitis aguda, disfunción del esfínter de oddi, trastorno funcional de la vesícula biliar. Asimismo, las indicaciones para una derivación biliodigestiva consisten en (31): estenosis del colédoco distal o esfínter de oddi, marcada dilatación del colédoco (2 cm o más), cálculos coledocianos primario o múltiples, imposibilidad de eliminar todos los cálculos, panlitiasis coledociana.

En el caso presentado, debido a la recurrencia de cálculos en una paciente colecistectomizada asociada a una evidente dilatación del colédoco con cálculos coledocianos primarios (en paciente colecistectomizada), la derivación biliodigestiva se encontraba justificada.

Segundo caso de Medicina Interna

El caso presentado constituyó una oportunidad para revisar los conceptos actuales de infección relacionada a medios invasivos y su manejo. Las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéteres centrales son eventos relativamente frecuentes, especialmente en países de bajos a medianos recursos. La incidencia de estos eventos en Latinoamérica, África y Asia es de 6.8 infecciones por 1000 catéter central-día (32), mientras que en Estados Unidos la incidencia es de 1.65 infecciones por 1000 catéter central-día (33). Sin embargo, la incidencia aumenta cuando se trata de catéteres de hemodiálisis, siendo de aproximadamente 3 a 6 episodios por 1000 catéter central-día (34). Por ello, se prefiere usar catéteres tunelizados para pacientes hemodializados crónicamente, pues presentan menor riesgo de infección comparados a los no tunelizados (35). En contraste, los pacientes portadores

de fístulas arteriovenosas o injertos para hemodiálisis presentan 10 veces menos el riesgo de bacteriemia comparados a los portadores de catéteres centrales (36).

El patógeno más frecuente, responsable de un 10-50% de los casos es el *Staphylococcus aureus* (37,38), el cual además presenta un mayor riesgo de generar infección metastásica en comparación a *Staphylococcus epidermidis* o gérmenes gramnegativos (39), teniendo una prevalencia de metástasis de 5 a 10 % en forma de osteomielitis, artritis séptica, o endocarditis. El factor de riesgo más importante para la bacteriemia asociada a vía central es la larga permanencia de la vía (40), siendo también factores de riesgo los estados de inmunodepresión, diabetes, infecciones previas, entre otros.

Dentro de las definiciones, encontramos que se define bacteriemia si el paciente cumple con por lo menos uno de los siguientes criterios (41):

- El paciente tiene un patógeno bacteriano o fúngico reconocido cultivado a partir de uno o más hemocultivos, y el patógeno no está relacionado con una infección en otro sitio.
- El paciente tiene un organismo comensal común (por ejemplo, estafilococo coagulasa negativo) en dos o más hemocultivos recolectados en diferentes días o de diferentes sitios que no está relacionado con una infección en otro sitio y que ocurre en el contexto de uno de los siguientes signos o síntomas: fiebre (>38.0 ° C), escalofríos o hipotensión.
- El paciente ≤ 1 año de edad tiene al menos uno de los siguientes signos o síntomas: fiebre (>38.0 ° C), hipotermia (<36.0 ° C), apnea o bradicardia (además de los criterios anteriores).

Por otro lado, una bacteriemia relacionada a vía central se define como la presencia de bacteriemia de acuerdo a alguno de los criterios anteriores en un paciente con una vía central de más de dos días de permanencia (42). Sin embargo, debe sospecharse clínicamente en pacientes con catéteres y fiebre, escalofríos, u otros signos de sepsis, incluso si no existen signos locales de infección. Para el diagnóstico, existen métodos sin retirada de catéter y con

retirada de catéter. De acuerdo a la Sociedad Española de Infectología y Microbiología Clínica (43), los métodos sin catéter son:

- Hemocultivos cuantitativos pareados, uno periférico y otro a través del catéter. Criterio: ambos cultivos son positivos para el mismo microorganismo y el cultivo obtenido por el catéter tiene $\geq 3:1$ de relación de conteo de colonias con respecto al cultivo obtenido periféricamente.
- Hemocultivos pareados para tiempo diferencial. Criterio: ambos cultivos son positivos para el mismo microorganismo y el cultivo obtenido por el catéter se positiviza por lo menos 120 minutos antes que el cultivo obtenido periféricamente.
- Cepillado endoluminal >100 unidades formadoras de colonias (UFC), sugiere bacteriemia relacionada a catéter.

Cultivos superficiales con ≥ 15 UFC por placa, sugiere bacteriemia relacionada a catéter.

Los métodos diagnósticos con catéter consisten en:

- Cultivo semicuantitativo de catéter. Criterio: se aíslan ≥ 15 UFC y del mismo microorganismo en por lo menos un cultivo periférico y en el cultivo de punta de catéter.
- Cultivo cuantitativo de segmento de catéter. Criterio: se aíslan $\geq 10^3$ UFC y del mismo microorganismo en por lo menos un cultivo periférico y en el cultivo de punta de catéter.

En cuanto al manejo, varía de acuerdo a cada microorganismo aislado, pudiendo variar desde antibioticoterapia sistémica solamente o agregando el retiro del catéter. En el caso de infección por *Staphylococcus aureus*, el agente más frecuente, las guías recomiendan retirar el catéter y tratar con antibioticoterapia sistémica durante por lo menos 14 días (44). En el manejo del caso presentado, el principal defecto fue la demora en retirar el catéter al

identificarse el microorganismo, y la antibioticoterapia empírica instaurada, pues no había razón basada en la evidencia para usar meropenem empíricamente, pues incluso sospechando un microorganismo meticilino-resistente, se recomienda que la terapia empírica inicie con vancomicina sin linezolid.

Tercer caso de Medicina Interna

El caso que se presenta es de una paciente con un mal control metabólico pues presenta complicaciones tardías propias de la enfermedad, se le brindó un manejo integral ya que además de tratar el principal motivo de consulta se valoró las demás complicaciones microvasculares que podría estar presentando la paciente (retinopatía y nefropatía).

El manejo de pie diabético es multidisciplinario, y se debe evaluar la úlcera existente y manejar la infección, evaluar la enfermedad arterial periférica y la neuropatía periférica. La lesión que presenta la paciente del caso está infectada e isquémica y compromete una extremidad, los antibióticos en este caso deben ser de amplio espectro y cubrir gram-negativos, grampositivos y anaerobios (45).

Dentro de los regímenes se puede utilizar monoterapia (piperacilina/tazobactam, carbapenems), combinado cefalosporinas de tercera o cuarta generación, o fluoroquinolonas más metronidazol, y si hay sospecha de *Staphylococcus aureus* meticilino resistente se puede añadir vancomicina (46). En el caso se inició con una cobertura que se tuvo que ampliar ante la mala respuesta.

Para el tema de la insuficiencia vascular periférica se realizaron los estudios necesarios (47) pero la especialidad decidió que no era candidata para cirugía de revascularización. A pesar de las curaciones la evolución fue estacionaria, por lo cual traumatología sugiere manejo radical que se lleva a cabo. Sin embargo, se podría haber considerado realizar una cirugía más conservadora (desbridamiento quirúrgico) (48) como la que se había propuesto inicialmente y de acuerdo con la evolución decidir posteriormente un manejo radical.

Cuarto caso de Medicina Interna

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa, prevenible y curable, el Perú es un endémico de esta patología. Por lo cual, se ha establecido una estrategia nacional para control y prevención de los casos de esta enfermedad, en la cual los establecimientos del primer de atención cumplen un rol fundamental (49).

El manejo que se realizó en el establecimiento de salud fue el adecuado, debido a la clínica y al antecedente epidemiológico la primera sospecha diagnóstica debe ser la de tuberculosis. Con la confirmación mediante los exámenes solicitados según la normativa vigente (49) se procedió a ingresar a la paciente al programa de control de Tuberculosis (PCT) llevándose a cabo todas las atenciones y exámenes establecidos en este documento. Además del tratamiento de la enfermedad el PCT busca brindar una atención integral al paciente con diagnóstico de tuberculosis, además de seguimiento durante todo el tiempo que dure el tratamiento por un equipo multidisciplinario (49). Además de llevar controles mensuales por medicina, también reciben atención por psicología, nutrición y servicio social. Se realiza estudio de los contactos y se brinda atención de manera en que se pueda tratar la infección a tiempo o prevenirla mediante tratamiento profiláctico, esta y todas las actividades antes mencionadas son de suma importancia para cumplir los objetivos estipulados en la norma (49).

3.2 Cirugía

Primer caso de Cirugía

La apendicitis aguda es una de las principales causas de abdomen agudo quirúrgico (50), tiene en la mayoría de los casos un cuadro clínico característico. En el caso expuesto se presenta un cuadro clínico típico de apendicitis, en el relato de la enfermedad se evidencia la cronología de Murphy, no obstante es importante tener en cuenta que no en todos los casos se cumple e incluso se ha descrito que en la mayoría de los casos no sucede de esta manera (51). Además del cuadro, la paciente también obtuvo 10 puntos en la Escala de Alvarado lo cual prácticamente confirmó su diagnóstico (52).

El abordaje que se realizó en el caso fue abierto, sin embargo, la apendicectomía laparoscópica ha probado ser superior debido a los tiempos hospitalarios más cortos y menor tasa de complicaciones (53), sin embargo, se debe tener en cuenta la experiencia de los profesionales para elegir el abordaje. Con respecto a la antibioticoterapia, lo ideal es que se inicie de forma preoperatoria y para el caso de apendicitis perforada se utilizan antibióticos de amplio espectro como la piperacilina/tazobactam (54,55); el régimen que se utilizó con la paciente fue de ceftriaxona más metronidazol que también se recomienda ampliamente y ha demostrado ser efectivo (56).

Segundo caso de Cirugía

La colecistitis aguda es la inflamación de la vesícula biliar como consecuencia de la obstrucción del conducto cístico por un cálculo la mayoría de las veces. Para realizar el diagnóstico se utilizan los criterios de Tokio (57), la paciente cumple con los tres (signos de inflamación local, signos de inflamación sistémica y hallazgo imagenológico característico). El grado de severidad se catalogó como moderado, debido al recuento de leucocitos >18000 (57).

El manejo ideal para la colecistitis aguda es la colecistectomía laparoscópica, esta debe ser precoz (dentro de los primeros 7 días, de preferencia dentro de las 72h) (58), se ha visto en múltiples estudios que la cirugía temprana se asocia a menores costos, menor riesgo de complicaciones y mayor satisfacción del paciente (59).

En el caso presentado, se realizó manejo médico, de acuerdo con las guías de Tokio solo se debería utilizar ampicilina/sulbactam en casos leves y si no hay evidencia de resistencia (58). Se recomienda el uso de piperacilina/tazobactam o la combinación de metronidazol más una cefalosporina de tercera generación (60). Sin embargo, la decisión del régimen depende de las prácticas locales y del perfil microbiológico del establecimiento (61).

Tercer caso de Cirugía

El manejo general del paciente fue correcto, el caso sirve para abordar el tema de manejo de dolor abdominal en el servicio de emergencias. Existe la práctica extendida de no brindar analgésicos en estos casos, pues se argumenta que

“enmascara” el dolor y dificulta un adecuado examen físico y, en consecuencia, dificulta también el diagnóstico (62). Sin embargo, la evidencia demuestra que no es así. Si bien es cierto el uso de analgésicos puede alterar el examen físico y sus hallazgos (63), no existe evidencia de que ello modifique las conductas diagnósticas y terapéuticas posteriores ni tampoco se asocian a mayores complicaciones o mortalidad (64–66). Esto se explica debido a que el objetivo de brindar manejo analgésico no es el de desaparecer el dolor del todo, sino de volverlo tolerable para el paciente, lo cual incluso facilita el examen físico debido a que no habrían reacciones de defensa involuntaria que típicamente se presentan al palpar un abdomen francamente doloroso. Por otro lado, la solicitud de exámenes como hemograma y PCR por lo general no son contributivos por ser altamente inespecíficos (67), al igual que el uso de radiografías simples. Sin embargo, en este caso los factores de riesgo (adulto mayor con múltiples comorbilidades) así como la sospecha diagnóstica, pues el uso de radiografías simples puede coadyuvar en el diagnóstico de obstrucciones intestinales (68). Pudo también solicitarse una tomografía axial computarizada de inicio en emergencias, pues es el examen de elección al tener un 90% de precisión en el diagnóstico, frente al 75% del examen físico solo (69), y es especialmente de ayuda en el diagnóstico de pacientes adultos mayores, en cuya población tiene una precisión del 85% para diagnosticar patologías quirúrgicas de emergencia (70). En este caso, habría ayudado a diagnosticar la obstrucción producto de una hernia incarcerada de manera precoz, ahorrando tiempo y recursos al paciente.

En cuanto a la hernia diafragmática, constituye una patología altamente infrecuente en el adulto, siendo de causa predominantemente traumática (71), aunque también se ha reportado como consecuencia de iatrogenia en pacientes post operados, producto de infecciones crónicas como neumonía o abscesos, o producto de esfuerzos intensos al toser o gritar. La mayoría de las hernias se presenta con dispepsia, molestias gástricas vagas, pasando por síntomas respiratorios hasta un síndrome obstructivo franco, como el caso del paciente presentado, correspondiendo este último grupo con una mortalidad de hasta el 80% (71,72). Debido al alto riesgo que supone la complicación de estas hernias, y su alta mortalidad, se recomienda que el tratamiento sea definitivamente quirúrgico ya sea vía transtorácica o transabdominal (73).

Cuarto caso de Cirugía

La coledocolitiasis es una condición de salud relativamente frecuente, en especial en países occidentales (74) en comparación con países orientales (75). Se reportan incidencias de hasta 10.4% en la población general y de 70% en pacientes con clínica de cólico biliar (76), el cual se describe como un dolor o malestar vago, sordo, localizado en hipocondrio derecho, epigastrio o en la región subesternal, que puede irradiarse a la espalda, especialmente a la escápula derecha (77), que puede asociarse a náuseas, vómitos e indigestión, y típicamente se presentan posteriormente a consumo de comidas copiosas. De presentarse como hallazgo accidental, la litiasis vesicular se vuelve sintomática sólo en un 20 a 25% de pacientes en un plazo de 10 a 15 años (78). Una vez desarrollada la sintomatología, el riesgo de desarrollar complicaciones es de 2 a 3% por año (79).

En el caso de la paciente presentada, constituye un caso poco frecuente pues después de años de litiasis vesicular no complicada, inicia un cuadro de cólicos biliares 01 mes antes del ingreso y al momento de realizar la operación, se evidencian múltiples complicaciones que ya fueron descritas. Debido al alto riesgo de complicaciones en pacientes de avanzada edad, además que pueden presentarse con una clínica sutil y descompensarse agudamente, las colelitiasis en este grupo etario merecen un manejo de mayor cuidado (80). La evidencia no demuestra, al momento, ningún beneficio en el manejo profiláctico de las colelitiasis asintomáticas (81), pero en casos de adultos mayores con cólicos biliares, debe plantearse la posibilidad de colecistectomía electiva, pues el no intervenir quirúrgicamente se asocia a mayor riesgo de desarrollar complicaciones (82).

La colecistitis aguda puede estar enmascarada en pacientes adultos mayores, debido a la neuropatía que puede reducir los hallazgos al examen físico y a la poca frecuencia de hallazgos significativos en el hemograma y reactantes de fase aguda (83), por lo que un alto grado de sospecha clínica es necesaria. De acuerdo con la guía de la Sociedad Mundial de Cirugía de Emergencia (World Society of Emergency Surgery, WSES) y la Sociedad Quirúrgica Italiana para los Adultos Mayores (Italian Surgical Society for Elderly, SICG) para el manejo de colecistitis en la población geronte (84), ante una colecistitis

aguda la conducta correcta es la de realizar una colecistectomía, prefiriendo siempre la vía laparoscópica y manteniendo una expectativa armada por el riesgo incrementado de convertirla a cirugía abierta, pues no es infrecuente encontrar complicaciones como la gangrena vesicular, el cual fue el caso de la paciente presentada. Esta complicación se presenta hasta en un 20% de los pacientes con colecistitis aguda, se produce debido a inflamación de la pared vesicular e isquemia, y es prevalente en aquellos con enfermedad subaguda a crónica o con vasculopatías (85). En tal sentido, el manejo de la paciente fue oportuno, programando la intervención una vez obtenido el diagnóstico de colelitiasis, y los hallazgos encontrados durante la operación son consistentes con el tiempo de enfermedad prolongado y la edad de la paciente.

3.3 Pediatría

Primer caso de Pediatría

En el caso presentado la menor, presentó un dolor agudo, unilateral que dificulta la deambulaci3n; no presentó sntomas sistmicos como fiebre, tampoco refiere antecedentes de traumatismo. Todo el relato adem1s del examen ffsico que no evidenciaba signos de flogosis aleja las causas infecciosas, enfermedades inflamatorias sistmicas, traum1ticas y neoplasias. Adem1s el antecedente de faringitis hace tres semanas suma a la sospecha de sinovitis transitoria (86).

No obstante, es importante solicitar otros ex1menes que puedan descartar patologfas severas como la artritis s3ptica (87), para lo cual son importantes los ex1menes auxiliares que se solicitaron, se ha visto que uno de los mejores factores que ayudan a distinguir ambas entidades es la presencia de fiebre, aumento en marcadores como la protefna C reactiva y la velocidad de sedimentaci3n globular, leucocitosis (88).

El manejo general fue adecuado, sin embargo se habrfan podido ahorrar recursos limitando algunos ex1menes de laboratorio como marcadores inmunol3gicos que por la anamnesis se alejaban, asf mismo si bien la RMN realizada confirm3 el diagn3stico, no fue estrictamente necesario realizarla por

dilucidarlo. El tratamiento es conservador y se usan antiinflamatorios no esteroideos, regreso progresivo a las actividades y tiene buen pronóstico (89).

Segundo caso de Pediatría

El manejo realizado en emergencia fue el adecuado, el primer paso es determinar la severidad del cuadro y para eso existen varios scores, el que se usó es el de PIS (Pulmonary Index Score) cuyos parámetros son frecuencia respiratoria, sibilancias, índice inspiración/expiración, uso de músculos accesorios y saturación de oxígeno. Este score es útil para evaluar la gravedad, juzgar la respuesta al tratamiento y determinar necesidad de hospitalización y alta (90), sin embargo se debe tener en cuenta que puede subestimar el grado de enfermedad en un niño mayor que pueden presentar bradipnea como consecuencia de una fase espiratoria prolongada lo cual bajo los parámetro del PIS sería calificado con menor puntaje. No se recomienda obtener radiografías de tórax de forma rutinaria a menos que se sospeche de neumotórax, consolidación, etc.

Según la guía de GINA, en los casos moderados el tratamiento se realiza con ciclos de beta agonistas de preferencia con aerocámara (4-10 puffs cada 20 minutos por 1 hora) luego se pueden ir espaciando de acuerdo a la respuesta, iniciar tempranamente glucocorticoides orales y dar oxígeno suplementario en caso se requiera (91). También se menciona que es importante la consejería acerca de factores desencadenantes y signos de alarma e iniciar tratamiento controlador previo al alta con corticoides inhalados; los glucocorticoides orales se continúan por hasta completar 5-7 días de tratamiento en personas mayores de 11 años (91).

Tercer caso de Pediatría

El caso que se presenta es el de una fiebre sin foco aparente, en la mayoría de los casos este puede ser un proceso viral que se autolimita (92), pero es importante tener en consideración otras causas como ITU, bacteriemia y neumonía entre las principales. Dentro del plan se pide un examen de orina, teniendo en cuenta la gran prevalencia de ITU en grupos de características similares a la de la paciente.

La decisión de hospitalizar se realiza en base a la necesidad de terapia parenteral o por la presencia de factores de riesgo (93), en este caso la madre refirió que la menor no toleraba vía oral por lo cual el tratamiento debía ser por vía parenteral.

El antibiótico que se elige es amikacina, lo cual es correcto debido a que el agente causal más frecuente es *E. coli*; dentro de los regímenes para iniciar antibioticoterapia empírica están cefalosporinas de segunda y tercera generación y aminoglucósidos. Paciente presenta evolución favorable y al quinto día de hospitalización la paciente es dada de alta, se prescribe cefuroxima para completar antibioticoterapia por 7 días.

Cuarto caso de Pediatría

El manejo fue el adecuado, se determinó que fue una exposición leve debido a que era un perro conocido con vacunas completas y porque la lesión no ocurrió en zonas como cara, cabeza, cuello, genitales o pulpejo de dedos sino en el dorso de la mano (94), solo se realizó vigilancia y monitoreo del can, además de las curaciones.

Con respecto a la antibioticoterapia, se eligió vía parenteral debido a la pobre respuesta que había tenido a antibióticos por vía oral los días previos. Se suele recomendar iniciar con monoterapia con ampicilina/sulbactam o piperacilina/tazobactam o terapia combinada con una cefalosporina de tercera generación más metronidazol o clindamicina (95). En el caso se realizó monoterapia con clindamicina lo cual no es usual, pero este antibiótico además de tener actividad contra anaerobios también cubre *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente. La duración del tratamiento se recomienda hasta 2 días posteriores de mejoría clínica, varía entre 5-14 días (95).

3.4 Ginecología y Obstetricia

Primer caso de Ginecología y Obstetricia

El sangrado uterino anormal en mujeres de edad reproductiva tiene diversas etiologías, a causa de esto se creó un sistema de clasificación denominado PALM-COEIN por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

(FIGO) que las agrupa en dos grandes grupos: estructurales y no estructurales (96). El patrón de sangrado debe orientar la causa y también los hallazgos en el examen físico, la paciente del caso tiene un útero de 10 cm, el cuál está en el límite superior y además refiere que la menstruación tiene una duración de hasta 8 días; estos datos se acercan más a una etiología estructural. El examen auxiliar más indicado para identificar una etiología estructural es la ecografía transvaginal (97), en el caso presentado se realiza este examen cuyo resultado fue miomatosis uterina difusa.

En el caso clínico presentado se opta por un manejo quirúrgico de la patología, sobre todo teniendo en cuenta la paridad satisfecha de la paciente y la sintomatología severa que presentó. La cirugía que se realizó fue una histerectomía vaginal, este es el abordaje indicado para este caso, pues el diagnóstico correspondía a una miomatosis difusa (98). Una de las ventajas de la histerectomía es que elimina tanto el riesgo de formación de nuevos miomas así como todos los tipos de sangrado uterino anormal, mejorando así la calidad de vida, aún en contraste con opciones más conservadoras (99,100). La vía vaginal de la histerectomía también fue una buena opción puesto que se asocia con mejores resultados y menos complicaciones (101).

Segundo caso de Ginecología y Obstetricia

El prolapso de órganos pélvicos es una patología muy frecuente, que tiene un impacto en la calidad de vida e imagen corporal de las mujeres que la padecen (102). Existen muchos factores de riesgo para desarrollar la enfermedad, entre los principales están la multiparidad, obesidad, edad, entre otras. La clínica es variable y se da de acuerdo con la localización del prolapso y la estructura prolapsada, generalmente hay sensación de bulto, presión vaginal, disfunción urinaria, defecatoria o sexual (103). En el caso presentado los síntomas predominantes eran los de incontinencia urinaria, que perjudicaban la calidad de vida de la paciente y la realización de sus actividades rutinarias, además tenía muchos factores de riesgo que contribuyeron en la presentación relativamente temprana del cuadro. El diagnóstico es netamente clínico y se realiza el estadiaje mediante el examen físico usando la clasificación del POP-Q.

Para decidir el manejo de esta patología se deben tener algunas consideraciones, el tratamiento se reserva para mujeres con sintomatología (104), y se determina de acuerdo a la severidad de los mismos incluso independientemente del grado de prolapso. Dentro de las opciones de tratamiento está el conservador que incluye uso de pesarios vaginales, ejercicios del piso pélvico, etc; y el quirúrgico. La cirugía se reserva para casos que no hay buena respuesta al manejo conservador o en grados de distopia más avanzados.

Tercer caso de Ginecología y Obstetricia

El embarazo ectópico constituye una patología obstétrica del embarazo temprano, siendo sus localizaciones trompa de falopio (96%), ístmica (12%), ampular (70%), fimbrial (11%), cervical, intersticial (2.4%), cicatriz hysterotómica, intramural, ovárico (3.2%), abdominal (1.3%) (105). La incidencia en el Perú es 1 por cada 49 partos (106), con una mortalidad del 3%, la cual es considerablemente elevada. Globalmente, la tasa de incidencia es de 20.7 por 1000 embarazos (107). Además, la incidencia se incrementa con la edad: 2.8 por 1000 embarazos de 15 a 19 años, 4.4 de 20 a 24 años, 7.4 de 25 a 29 años, 9.9 de 35 a 39 años, 9.8 de 40 a 44 años (108). El embarazo ectópico es, además, una causa conocida de muerte materna directa por hemorragia, con una incidencia de 3.9% (109), asimismo, la mortalidad es 6.8 veces más alta en afrodescendientes que en blancos, y 3.5 veces mayor en pacientes mayores de 35 años que las menores de 25 años (110). Dentro de los principales factores de riesgo se consideran (111): embarazo ectópico previo (OR 2.7-8.3), cirugía tubárica previa (OR 2.1-21), patología tubárica (OR 3.5-25), esterilización (OR 5.2-19), uso pasado de dispositivos intrauterinos (DIU) (OR 1.7), uso actual de DIU (OR 4.2-16.4), uso de DIU de levonorgestrel (OR 4.9), fertilización in vitro (OR 4-9.3). En este caso, la paciente era una mujer de edad fértil que se presenta con dolor abdominal inferior de inicio súbito, y además, era portadora de DIU, un factor de riesgo importante para embarazo ectópico.

Clínicamente, el embarazo ectópico puede presentarse con una tríada clásica: dolor, amenorrea, y metrorragia, a la cual se añade inestabilidad hemodinámica en caso de rotura tubaria (112). Debe sospecharse en:

- Embarazada sin confirmación de embarazo intrauterino
- Embarazada que concibió con técnicas de reproducción asistida
- Amenorrea >4 semanas +/- sangrado vaginal +/- dolor abdominal
- Paciente femenina con abdomen agudo +/- inestabilidad hemodinámica que no se explica con otro diagnóstico

De acuerdo con el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), se confirma el diagnóstico mediante medición seriada de b-HCG y ecografías transvaginales (113). Asimismo, generalmente el manejo es quirúrgico, sin embargo, puede considerarse el manejo expectante en pacientes que tengan una b-HCG ≤ 200 mUI/mL y con disminuciones de $>10\%$ por medición de control, asintomáticas. En estas pacientes, 88% de los casos tendrán resolución espontánea (114). En este caso, la paciente tuvo una b-HCG relativamente baja, cercana a 200 mUI/mL, se encontraba asintomática y hemodinámicamente estable, por lo que el manejo expectante resultaba una alternativa válida de acuerdo con la evidencia y las guías clínicas, en este caso resultando efectivamente en una resolución espontánea del embarazo ectópico.

Cuarto caso de Ginecología y Obstetricia

El acretismo placentario se refiere a la invasión de del trofoblasto al miometrio, serosa o incluso más allá. La FIGO tiene una clasificación para esta patología: grado 1 (adherida al miometrio), grado 2 (invade el miometrio) y grado 3 (invade serosa e incluso órganos adyacentes) (115). En este caso, se trató de grado 2 o también llamada placenta increta. La paciente contaba con algunos factores de riesgo como la edad materna >35 años y procedimientos ginecológicos (legrado).

El caso que se presenta es de un acretismo placentario inesperado y que se tuvo que resolver durante la cesárea. El manejo que se realizó fue el adecuado, una de las principales indicaciones de histerectomía es hemorragia intraparto que no puede ser controlada por medios conservadores. Se realizó una histerectomía subtotal, se ha descrito que en cirugías obstétricas es preferible este abordaje debido a que puede disminuir la pérdida total de

sangre y el tiempo operatorio, esto es de suma importancia sobre todo en el marco de una hemorragia aguda grave (116).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El año de internado médico como se mencionó anteriormente, es el año en el que se integran los conocimientos teóricos obtenidos en los seis años previos de estudio. El interno de medicina es aquel que recibe al paciente y es la primera línea de atención, el que tiene mayor contacto con el paciente durante su hospitalización y muchas veces es de quien depende el paciente para que los planes se efectivicen siempre buscando el mayor beneficio para el paciente. Es un año lleno de aprendizaje y anécdotas que marcan el inicio de la práctica profesional, siempre siendo guiados por médicos con amplia experiencia dispuestos la mayoría de veces a compartir su conocimiento.

Este año de internado se realizó en un contexto distinto debido a la pandemia de COVID-19; sin embargo, aún con las dificultades que implicó ese tema las rotaciones fueron bien aprovechadas. Los autores de la presente experiencia rotaron en establecimientos distintos del sector público (MINSAs) y privado (Clínica Good Hope). En los siguientes párrafos se narrará la experiencia adquirida y se compartirá una reflexión de la misma.

Durante la rotación de Medicina Interna, los internos se encargan de realizar las historias clínicas, evoluciones y completar todos los pendientes de los pacientes. Es una de las rotaciones más demandantes debido a que la gran mayoría de pacientes tienen muchas comorbilidades y requieren una atención integral, en la que intervienen varias especialidades y profesionales de la salud. En el servicio de hospitalización había gran diversidad de patologías y pacientes adultos de todas las edades.

En el caso de Cirugía, además de lo antes mencionado los internos realizan curaciones de heridas operatorias, colocación de sonda nasogástrica, colocación de sonda vesical, colocación de férulas y yesos, entre otros. Durante la rotación en este servicio lo principal es aprender a reconocer la

patología quirúrgica de la no quirúrgica, sobre todo en el caso de abdomen agudo. Por otro lado, el servicio de Pediatría se inicia con Neonatología, dentro de las labores del interno se encuentra realizar la atención inmediata de los recién nacidos y aprender a identificar signos de alarma para poder diagnosticar y tratar a tiempo las patologías más frecuentes de este grupo etario. Por otro lado, en el servicio de Pediatría además de lo ya antes mencionado en las anteriores rotaciones, se toma consciencia de lo importante que es proteger a la infancia y brindarles una atención integral, además de la patología que presentan, en los niños se debe llevar un registro de crecimiento y desarrollo, y brindar consejería a los padres o apoderados para que este sea el adecuado.

Finalmente la rotación de Ginecología y Obstetricia, en la cual se aprenden a reconocer las principales patologías que aquejan a las mujeres y gestantes. En Obstetricia, es importante realizar los controles prenatales, identificar los factores de riesgo que puedan tener las pacientes y abordarlos a tiempo, realizar las maniobras de Leopold y tactos vaginales, atención de parto eutócico. En cada una de las rotaciones mencionadas también se realizaron guardias en los servicios de emergencia, donde se pudo observar, diagnosticar y aprender a manejar las patologías más frecuentes de cada área.

En cada rotación además de las responsabilidades ya descritas de los internos, se realizan actividades académicas, las cuales incluyen desarrollo de casos clínicos, exposición de temas de las patologías más frecuentes e importantes a cargo de los residentes y médicos asistentes, revisión de revistas, entre otras. Estas actividades tienen el objetivo principal de afianzar los conocimientos teóricos y profundizar en el manejo de las distintas patologías, y usan, por lo general, el abordaje de *flipped classroom*, en el que el estudiante es el encargado de organizar la actividad académica, dirigirla, realizar preguntas a los asistentes o resolverlas, mientras que el tutor sirve de guía o facilitador del aprendizaje. Las actividades presenciales también se complementaron con actividades virtuales, ya sea en forma de clases teóricas, repasos, o exposición de casos clínicos.

La rotación en el primer nivel también fue bastante productiva debido a que el enfoque es distinto al de un establecimiento de mayor nivel, la atención se

orienta a la prevención de las enfermedades y los centros suelen ofrecer además de la consulta médica, atención por otros profesionales de la salud como nutrición, psicología, odontología; lo cual es bastante beneficioso para el usuario. Del mismo modo, se aprende a utilizar de manera eficiente los recursos debido a que estos suelen ser limitados, se aprende a identificar emergencias y a reconocer cuándo se debería referir a los pacientes. Toda la experiencia adquirida durante esta rotación, será de gran utilidad en el servicio rural.

Es importante también reconocer que en los establecimientos del MINSA, tanto de primer como tercer nivel de atención, existen limitaciones que pueden ocasionar retraso en el diagnóstico y tratamiento oportuno de los pacientes. Durante el tiempo de rotación, hubo muchas veces que en laboratorio se agotaba algún insumo o reactivo y no se podía realizar exámenes que eran necesarios; a su vez, no se cuenta con todos los exámenes imagenológicos (tomografía y resonancia magnética) que son necesarios para diagnóstico, estadiaje y manejo adecuado de ciertas enfermedades. Otra limitación del MINSA es que se debe realizar mucho papeleo y trámites burocráticos que en lugar de ayudar optimizar el tiempo lo prolongan, muchas veces en detrimento del paciente.

En contraste con la práctica en una clínica privada, esta cuenta con todos los recursos necesarios; sin embargo estos deben ser costeados por el seguro o de forma particular por los mismos pacientes lo cual puede ser una limitación en algunos casos. Por su parte, el seguro integral de salud (SIS), con todas sus falencias, cubre prácticamente todas las atenciones, procedimientos e incluso exámenes como tomografías si están adecuadamente justificados; esto va acorde con un principio importante que no impide que las personas por sus condiciones socioeconómicas no tengan acceso a los servicios de salud, pues antes de todo la salud es un derecho.

En el aspecto de formación profesional y académica, en el contexto de pandemia los internos MINSA vieron severamente limitadas sus oportunidades de participar de procedimientos quirúrgicos de manera activa, mientras que en la clínica Good Hope el interno cumple un rol básico y hasta necesario en la mayoría de los procedimientos quirúrgicos, aún en contexto de pandemia. Es rol del interno el asistir, por ejemplo, en cirugías como

apendicectomías y colecistectomías laparoscópicas, septoplastias, artroscopias, reducciones cruentas, laparotomías, resecciones tumorales varias, cesáreas, hysterectomías, colporrafias, entre muchas otras. En ese sentido, el interno de clínicas privadas podría haber gozado de cierta ventaja frente al interno MINSa en contexto de pandemia, situación que no era así en años previos al COVID-19. A eso se le suma el hecho de que los internos MINSa no realizaban guardias nocturnas, mientras que en la clínica Good Hope las guardias son parte de los deberes del interno, siempre brindando las facilidades necesarias para que estas puedan darse en condiciones adecuadas, principalmente facilitando áreas de descanso, cena y desayuno. Existe, además, un conjunto de habilidades que los internos se encuentran en la obligación de desarrollar de manera transversal en todas las rotaciones, muchas veces sin orientación alguna al respecto, y son las habilidades blandas. Es decir, la capacidad de poder comunicarse asertivamente con el paciente, comprendiendo la patología en la complejidad que implica la condición humana. La capacidad de poder dialogar con el paciente, atendiendo a sus necesidades físicas, emocionales y espirituales, es la base de la relación médico-paciente, la cual, de no ser de calidad, será un factor de riesgo para el desarrollo de conflictos e incluso problemas médico-legales. Los internos deben lidiar también con pacientes difíciles, poco comprensivos o no colaboradores, lo cual demanda un alto grado de resiliencia y de resistencia ante situaciones estresantes. Es necesario, por este motivo, priorizar también la formación humana y psicológica del estudiante de medicina, con el fin de que cuente con las herramientas necesarias para poder administrar correctamente sus emociones y palabras al momento de interactuar con pacientes durante el internado.

CONCLUSIONES

La experiencia adquirida durante las rotaciones realizadas en el año de internado médico son el último pilar de la carrera de Medicina Humana, es el año en el que se integran los conocimientos y se les da uso en un escenario real, con todas las dificultades que esto supone. Es un año sobre todo de aprendizaje, el cual está organizado de forma que los futuros médicos adquieran las competencias necesarias para ejercer la profesión.

Aún con las dificultades que implicó la pandemia, retrasando el inicio del internado y generando una suerte de incertidumbre a los estudiantes, finalmente esta última etapa de preparación inició. Durante todos los meses de ese momento de preparación último y decisivo, se lograron alcanzar las metas establecidas y consolidar los conocimientos necesarios para ser médico cirujano.

La relación médico-paciente es la base de la práctica médica, ya que muchas veces de esta depende el cumplimiento y adherencia al tratamiento. Es en este último año, que el estudiante empieza a desarrollar esas habilidades debido al estrecho contacto que mantiene con los pacientes.

Los casos presentados en el presente informe son un reflejo de la experiencia ganada en cada una de las rotaciones que con el tiempo y práctica se irá enriqueciendo.

RECOMENDACIONES

El año de internado es clave y es importante aprovechar cada día, aprender de cada paciente que llega y que se tiene la oportunidad de atender. Es esencial no olvidar los principios bioéticos que rigen la práctica: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia; siempre orientar la atención en ese sentido.

Las personas son seres biopsicosociales, lo cual es un aspecto que debe ser enfatizado, pues el acto médico no es una relación vertical de diagnóstico y prescripción. Se deben tener en cuenta muchos factores a la hora de atender a un paciente, tales como su contexto, sus relaciones interpersonales, su salud mental, y determinantes sociales, ya que de esta manera se puede lograr una mejor adherencia y una atención de calidad.

La medicina debe tener fundamentalmente un enfoque preventivo más que curativo, es necesario aprovechar cada oportunidad para educar y empoderar al paciente, brindándole herramientas para que pueda mejorar su salud.

Por otro lado, el internado implica una alta demanda académica y, por tanto, una fuente importante de estrés, por lo que a eso debe sumarse una guía adecuada y un abordaje comprensivo y asertivo. En el internado peruano siguen existiendo situaciones de violencia, predominantemente verbal, y abuso, con el fin de reforzar una jerarquía que se percibe como inherente a la profesión. Las autoridades deben velar por el bienestar no solo académico sino también físico, social y emocional de los internos, garantizando condiciones básicas de trabajo y reforzando protocolos que permitan la defensa de la integridad de los estudiantes.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ma J. China's first confirmed Covid-19 case traced back to November 17 [Internet]. South China Morning Post. 2020 [citado 19 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.scmp.com/news/china/society/article/3074991/coronavirus-chinas-first-confirmed-covid-19-case-traced-back>
2. Hu B, Guo H, Zhou P, Shi Z-L. Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. Nat Rev Microbiol. marzo de 2021;19(3):141-54.
3. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. N Engl J Med. 20 de febrero de 2020;382(8):727-33.
4. Organización Mundial de la Salud. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report - 1 [Internet]. 2020 [citado 19 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf>
5. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. N Engl J Med. 26 de marzo de 2020;382(13):1199-207.
6. The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) — China, 2020. China CDC Wkly. 1 de febrero de 2020;2(8):113-22.
7. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. The Lancet. 15 de febrero de 2020;395(10223):497-506.
8. Organización Mundial de la Salud. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee

- regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. [citado 19 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
9. Organización Mundial de la Salud. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report - 10 [Internet]. 2020 [citado 19 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200130-sitrep-10-ncov.pdf>
 10. Organización Mundial de la Salud. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report - 51 [Internet]. 2020 [citado 19 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf>
 11. Peru records first confirmed case of coronavirus, President Vizcarra says. Reuters [Internet]. 6 de marzo de 2020 [citado 19 de febrero de 2022]; Disponible en: <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-peru-idUSKBN20T1S9>
 12. La República. Martín Vizcarra confirma que estamos en la fase 3 del coronavirus [Internet]. 2020 [citado 19 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://larepublica.pe/sociedad/2020/03/17/coronavirus-en-peru-martin-vizcarra-confirma-que-estamos-en-la-fase-3-del-covid-19-video/>
 13. La República. Gobierno declaró estado de emergencia por coronavirus en Perú [Internet]. 2020 [citado 19 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://larepublica.pe/politica/2020/03/16/coronavirus-peru-martin-vizcarra-declara-estado-de-emergencia-nacional-por-30-dias/>
 14. El Comercio Perú. Coronavirus en Perú | Martín Vizcarra anunció que se detuvieron a más de 400 personas durante la inmovilización obligatoria | Cuarentena | COVID-19 nndc | LIMA [Internet]. El Comercio Perú. NOTICIAS EL COMERCIO PERÚ; 2020 [citado 19 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://elcomercio.pe/lima/sucesos/coronavirus-en-peru-en-vivo-martin-vizcarra-explica-medidas-en-el-cuarto-dia-del-estado-de-emergencia-inmovilizacion-obligatoria-cuarentena-covid-19-nndc-noticia/>
 15. Diario Gestión. Coronavirus | Perú es el segundo país con más casos

- de coronavirus en Sudamérica: En la víspera estaba en cuarto lugar [Internet]. Gestión. NOTICIAS GESTIÓN; 2020 [citado 19 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://gestion.pe/mundo/coronavirus-peru-es-el-segundo-pais-con-mas-casos-de-coronavirus-en-sudamerica-en-la-vispera-estaba-en-cuarto-lugar-pandemia-nndc-noticia/>
16. Diario AS. Perú es el quinto país del mundo con más contagiados y el segundo de Sudamérica [Internet]. AS.com. 2020 [citado 19 de febrero de 2022]. Disponible en: https://as.com/diarioas/2020/07/05/actualidad/1593968992_333366.html
 17. Diario Perú21. Coronavirus: Perú se ubicó hoy como el país con la mayor mortalidad del mundo por la COVID-19 [Internet]. Peru21. NOTICIAS PERU21; 2020 [citado 19 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://peru21.pe/lima/coronavirus-peru-se-ubico-hoy-como-el-pais-con-la-mayor-mortalidad-del-mundo-por-la-covid-19-usa-belgica-brasil-noticia/>
 18. Taylor L. Covid-19: Why Peru suffers from one of the highest excess death rates in the world. BMJ. 9 de marzo de 2021;372:n611.
 19. Albitres-Flores L, Pisfil-Farroñay YA, Guillen-Macedo K, Niño-García R, Alarcon-Ruiz CA, Albitres-Flores L, et al. Percepción de los internos sobre la suspensión del internado médico durante la cuarentena por la COVID-19. Rev Peru Med Exp Salud Publica. julio de 2020;37(3):504-9.
 20. Diario Oficial El Peruano. Decreto de Urgencia que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la COVID -19 - DECRETO DE URGENCIA-N° 090-2020 [Internet]. 2020 [citado 19 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-establece-medidas-excepcionales-y-te-decreto-de-urgencia-n-090-2020-1874820-3/>
 21. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N° 779-2021-MINSA [Internet]. [citado 20 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1976734-779-2021-minsa>

22. Tapia Villanueva RM, Núñez Tapia RM, Syr Salas Perea R, Rodríguez-Orozco AR. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas: México en el contexto latinoamericano. *Educ Médica Super.* diciembre de 2007;21(4):0-0.
23. Vilchez-Cornejo J, Viera-Morón RD, Taminche-Canayo RC, Carrasco-Farfán CA, Romani L, Mendoza-Flores CR, et al. Características y factores asociados al maltrato percibido en internos de medicina en Perú. *Acta Médica Peru.* enero de 2021;38(1):17-26.
24. Miranda-Ackerman RC, Barbosa-Camacho FJ, Sander-Möller MJ, Buenrostro-Jiménez AD, Mares-País R, Cortes-Flores AO, et al. Burnout syndrome prevalence during internship in public and private hospitals: a survey study in Mexico. *Med Educ Online.* 1 de enero de 2019;24(1):1593785.
25. Villalobos-Otayza A, Vela-Alfaro FM, Wiegeling-Gianoli D, Robles-Alfaro RA. Nivel de resiliencia y síntomas depresivos en el internado médico en el Perú. *Educ Médica.* 1 de enero de 2021;22(1):14-9.
26. Wu Y, Xu CJ, Xu SF. Advances in Risk Factors for Recurrence of Common Bile Duct Stones. *Int J Med Sci.* 1 de enero de 2021;18(4):1067-74.
27. Park SY, Hong TH, Lee SK, Park IY, Kim TH, Kim SG. Recurrence of common bile duct stones following laparoscopic common bile duct exploration: a multicenter study. *J Hepato-Biliary-Pancreat Sci.* diciembre de 2019;26(12):578-82.
28. Yoo ES, Yoo BM, Kim JH, Hwang JC, Yang MJ, Lee KM, et al. Evaluation of risk factors for recurrent primary common bile duct stone in patients with cholecystectomy. *Scand J Gastroenterol.* 3 de abril de 2018;53(4):466-70.
29. Choe JW, Kim SY, Lee D, Hyun JJ, Ahn KR, Yoon I, et al. Incidence and risk factors for postoperative common bile duct stones in patients undergoing endoscopic extraction and subsequent cholecystectomy. *Gastrointest Endosc.* 1 de marzo de 2021;93(3):608-15.
30. McNicoll CF, Pastorino A, Farooq U, St Hill CR. Choledocholithiasis. En: *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [citado 23 de febrero de 2022]. Disponible en:*

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441961/>

31. IETSI. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y manejo de la Colelitiasis, Colecistitis aguda y Coledocolitiasis. GPC N°11. marzo de 2018;65.
32. Rosenthal VD, Bijie H, Maki DG, Mehta Y, Apisarnthanarak A, Medeiros EA, et al. International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary of 36 countries, for 2004-2009. *Am J Infect Control*. junio de 2012;40(5):396-407.
33. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Vital signs: central line-associated blood stream infections--United States, 2001, 2008, and 2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 4 de marzo de 2011;60(8):243-8.
34. Allon M. Dialysis catheter-related bacteremia: treatment and prophylaxis. *Am J Kidney Dis Off J Natl Kidney Found*. noviembre de 2004;44(5):779-91.
35. Weijmer MC, Vervloet MG, ter Wee PM. Compared to tunnelled cuffed haemodialysis catheters, temporary untunnelled catheters are associated with more complications already within 2 weeks of use. *Nephrol Dial Transplant Off Publ Eur Dial Transpl Assoc - Eur Ren Assoc*. marzo de 2004;19(3):670-7.
36. Inrig JK, Reed SD, Szczech LA, Engemann JJ, Friedman JY, Corey GR, et al. Relationship between clinical outcomes and vascular access type among hemodialysis patients with *Staphylococcus aureus* bacteremia. *Clin J Am Soc Nephrol CJASN*. mayo de 2006;1(3):518-24.
37. Aldea Mansilla C, Martínez-Alarcón J, Gracia Ahufinger I, Guembe Ramírez M. Microbiological diagnosis of catheter-related infections. *Enfermedades Infecc Microbiol Clínica*. 1 de diciembre de 2019;37(10):668-72.
38. Maya ID, Carlton D, Estrada E, Allon M. Treatment of dialysis catheter-related *Staphylococcus aureus* bacteremia with an antibiotic lock: a quality improvement report. *Am J Kidney Dis Off J Natl Kidney Found*. agosto de 2007;50(2):289-95.
39. Farrington CA, Allon M. Complications of Hemodialysis Catheter Bloodstream Infections: Impact of Infecting Organism. *Am J Nephrol*. 2019;50(2):126-32.

40. Shingarev R, Barker-Finkel J, Allon M. Natural history of tunneled dialysis catheters placed for hemodialysis initiation. *J Vasc Interv Radiol JVIR*. septiembre de 2013;24(9):1289-94.
41. Centers for Disease Control and Prevention. *Bloodstream Infections*. 2022;48.
42. Marschall J, Mermel LA, Fakhri M, Hadaway L, Kallen A, O'Grady NP, et al. Strategies to prevent central line-associated bloodstream infections in acute care hospitals: 2014 update. *Infect Control Hosp Epidemiol*. julio de 2014;35(7):753-71.
43. Chaves F, Garnacho-Montero J, Del Pozo JL, Bouza E, Capdevila JA, de Cueto M, et al. Diagnosis and treatment of catheter-related bloodstream infection: Clinical guidelines of the Spanish Society of Infectious Diseases and Clinical Microbiology and (SEIMC) and the Spanish Society of Spanish Society of Intensive and Critical Care Medicine and Coronary Units (SEMICYUC). *Med Intensiva*. febrero de 2018;42(1):5-36.
44. Mermel LA, Allon M, Bouza E, Craven DE, Flynn P, O'Grady NP, et al. Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Intravascular Catheter-Related Infection: 2009 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 1 de julio de 2009;49(1):1-45.
45. Grayson ML, Gibbons GW, Habershaw GM, Freeman DV, Pomposelli FB, Rosenblum BI, et al. Use of ampicillin/sulbactam versus imipenem/cilastatin in the treatment of limb-threatening foot infections in diabetic patients. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. mayo de 1994;18(5):683-93.
46. Lipsky BA, et al. 2012 Infectious Diseases Society of America clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of diabetic foot infections. *Clin Infect Dis* 2012; 54:e132.
47. Hingorani A, LaMuraglia GM, Henke P, et al. The management of diabetic foot: A clinical practice guideline by the Society for Vascular Surgery in collaboration with the American Podiatric Medical Association and the Society for Vascular Medicine. *J Vasc Surg* 2016; 63:3S.
48. Tan JS, Friedman NM, Hazelton-Miller C, Flanagan JP, File TM. Can

- aggressive treatment of diabetic foot infections reduce the need for above-ankle amputation? *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* agosto de 1996;23(2):286-91.
49. Ministerio de Salud (MINSA). Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas afectadas por Tuberculosis. 2013.
 50. Williams GR. Presidential Address: a history of appendicitis. With anecdotes illustrating its importance. *Ann Surg.* mayo de 1983;197(5):495-506.
 51. Rocha Quintana A, Fernández Suárez O, Rodríguez Larraburu E, Castro Rodríguez C. Valoración de la secuencia de Murphy como elemento clínico de diagnóstico en la apendicitis aguda. *MediSur.* abril de 2011;9(2):81-7.
 52. Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. *Ann Emerg Med.* mayo de 1986;15(5):557-64.
 53. Markar SR, Blackburn S, Cobb R, Karthikesalingam A, Evans J, Kinross J, et al. Laparoscopic versus open appendectomy for complicated and uncomplicated appendicitis in children. *J Gastrointest Surg Off J Soc Surg Aliment Tract.* octubre de 2012;16(10):1993-2004.
 54. Kronman MP, Oron AP, Ross RK, Hersh AL, Newland JG, Goldin A, et al. Extended- Versus Narrower-Spectrum Antibiotics for Appendicitis. *Pediatrics.* julio de 2016;138(1):e20154547.
 55. Lee SL, Islam S, Cassidy LD, Abdullah F, Arca MJ, 2010 American Pediatric Surgical Association Outcomes and Clinical Trials Committee. Antibiotics and appendicitis in the pediatric population: an American Pediatric Surgical Association Outcomes and Clinical Trials Committee systematic review. *J Pediatr Surg.* noviembre de 2010;45(11):2181-5.
 56. St Peter SD, Tsao K, Spilde TL, Holcomb GW, Sharp SW, Murphy JP, et al. Single daily dosing ceftriaxone and metronidazole vs standard triple antibiotic regimen for perforated appendicitis in children: a prospective randomized trial. *J Pediatr Surg.* junio de 2008;43(6):981-5.
 57. Yokoe M, Hata J, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Wakabayashi G, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *J Hepato-Biliary-Pancreat Sci.* 2018;25(1):41-54.

58. Okamoto K, Suzuki K, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Endo I, et al. Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis. *J Hepato-Biliary-Pancreat Sci.* 2018;25(1):55-72.
59. Wu X-D, Tian X, Liu M-M, Wu L, Zhao S, Zhao L. Meta-analysis comparing early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br J Surg.* octubre de 2015;102(11):1302-13.
60. Solomkin JS, Mazuski JE, Bradley JS, Rodvold KA, Goldstein EJC, Baron EJ, et al. Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children: guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 15 de enero de 2010;50(2):133-64.
61. Fuks D, Cossé C, Régimbeau J-M. Antibiotic therapy in acute calculous cholecystitis. *J Visc Surg.* febrero de 2013;150(1):3-8.
62. Silen W. *Cope's Early Diagnosis of the Acute Abdomen.* Oxford ; New York; 2010. 320 p.
63. Ranji SR, Goldman LE, Simel DL, Shojania KG. Do opiates affect the clinical evaluation of patients with acute abdominal pain? *JAMA.* 11 de octubre de 2006;296(14):1764-74.
64. Thomas SH, Silen W, Cheema F, Reisner A, Aman S, Goldstein JN, et al. Effects of morphine analgesia on diagnostic accuracy in Emergency Department patients with abdominal pain: a prospective, randomized trial. *J Am Coll Surg.* enero de 2003;196(1):18-31.
65. Gallagher EJ, Esses D, Lee C, Lahn M, Bijur PE. Randomized clinical trial of morphine in acute abdominal pain. *Ann Emerg Med.* agosto de 2006;48(2):150-60, 160.e1-4.
66. Manterola C, Vial M, Moraga J, Astudillo P. Analgesia in patients with acute abdominal pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 19 de enero de 2011;(1):CD005660.
67. Nagurney JT, Brown DFM, Chang Y, Sane S, Wang AC, Weiner JB. Use of diagnostic testing in the emergency department for patients presenting with non-traumatic abdominal pain. *J Emerg Med.* noviembre de 2003;25(4):363-71.
68. Kellow ZS, MacInnes M, Kurzencwyg D, Rawal S, Jaffer R, Kovacina B,

- et al. The role of abdominal radiography in the evaluation of the nontrauma emergency patient. *Radiology*. septiembre de 2008;248(3):887-93.
69. Siewert B, Raptopoulos V, Mueller MF, Rosen MP, Steer M. Impact of CT on diagnosis and management of acute abdomen in patients initially treated without surgery. *AJR Am J Roentgenol*. enero de 1997;168(1):173-8.
 70. Hustey FM, Meldon SW, Banet GA, Gerson LW, Blanda M, Lewis LM. The use of abdominal computed tomography in older ED patients with acute abdominal pain. *Am J Emerg Med*. mayo de 2005;23(3):259-65.
 71. Yang GPC, Tang CN, Tai Siu W, Yiu Ha JP, Tai YP, Li MK. Diaphragmatic Hernia: An Uncommon Cause of Dyspepsia. *JLS*. 2005;9(3):352-5.
 72. Díaz Candelas DA, de la Plaza Llamas R, Arteaga Peralta V, Ramia JM. Complicated diaphragmatic hernia. *Cirugia Espanola*. abril de 2020;98(4):238.
 73. Kuikel S, Shrestha S, Thapa S, Maharjan N, Kandel BP, Lakhey PJ. Morgagni hernia in adult: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 6 de agosto de 2021;85:106286.
 74. Heaton KW, Braddon FE, Mountford RA, Hughes AO, Emmett PM. Symptomatic and silent gall stones in the community. *Gut*. marzo de 1991;32(3):316-20.
 75. Zeng Q, He Y, Qiang D, Wu L. Prevalence and epidemiological pattern of gallstones in urban residents in China. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. diciembre de 2012;24(12):1459-60.
 76. Llatas Pérez J, Hurtado Roca Y, Frisancho Velarde O. Coledocolitiasis en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins (2010-2011): incidencia, factores de riesgo, aspectos diagnósticos y terapéuticos. *Rev Gastroenterol Perú*. octubre de 2011;31(4):324-9.
 77. Diehl AK, Sugarek NJ, Todd KH. Clinical evaluation for gallstone disease: usefulness of symptoms and signs in diagnosis. *Am J Med*. julio de 1990;89(1):29-33.
 78. Shabanzadeh DM, Sørensen LT, Jørgensen T. A Prediction Rule for Risk Stratification of Incidentally Discovered Gallstones: Results From a

- Large Cohort Study. *Gastroenterology*. enero de 2016;150(1):156-167.e1.
79. Festi D, Reggiani MLB, Attili AF, Loria P, Pazzi P, Scaioli E, et al. Natural history of gallstone disease: Expectant management or active treatment? Results from a population-based cohort study. *J Gastroenterol Hepatol*. abril de 2010;25(4):719-24.
 80. Ratner J, Lisbona A, Rosenbloom M, Palayew M, Szabolcsi S, Tupaz T. The Prevalence of Gallstone Disease in Very Old Institutionalized Persons. *JAMA*. 20 de febrero de 1991;265(7):902-3.
 81. Chhoda A, Mukewar SS, Mahadev S. Managing Gallstone Disease in the Elderly. *Clin Geriatr Med*. febrero de 2021;37(1):43-69.
 82. Gurusamy KS, Koti R, Fusai G, Davidson BR. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for uncomplicated biliary colic. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 [citado 25 de febrero de 2022];(6). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007196.pub3/full>
 83. Trowbridge RL, Rutkowski NK, Shojania KG. Does this patient have acute cholecystitis? *JAMA*. 1 de enero de 2003;289(1):80-6.
 84. Pisano M, Ceresoli M, Cimbanassi S, Gurusamy K, Coccolini F, Borzellino G, et al. 2017 WSES and SICG guidelines on acute calculous cholecystitis in elderly population. *World J Emerg Surg WJES*. 4 de marzo de 2019;14:10.
 85. Ganapathi AM, Speicher PJ, Englum BR, Perez A, Tyler DS, Zani S. Gangrenous cholecystitis: a contemporary review. *J Surg Res*. 1 de julio de 2015;197(1):18-24.
 86. Kunnamo I. Infections and related risk factors of arthritis in children. A case-control study. *Scand J Rheumatol*. 1987;16(2):93-9.
 87. Kocher MS, Zurakowski D, Kasser JR. Differentiating between septic arthritis and transient synovitis of the hip in children: an evidence-based clinical prediction algorithm. *J Bone Joint Surg Am*. diciembre de 1999;81(12):1662-70.
 88. Caird MS, Flynn JM, Leung YL, Millman JE, D'Italia JG, Dormans JP. Factors distinguishing septic arthritis from transient synovitis of the hip

- in children. A prospective study. *J Bone Joint Surg Am.* junio de 2006;88(6):1251-7.
89. Kermond S, Fink M, Graham K, Carlin JB, Barnett P. A randomized clinical trial: should the child with transient synovitis of the hip be treated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs? *Ann Emerg Med.* septiembre de 2002;40(3):294-9.
 90. Hsu P, Lam LT, Browne G. The pulmonary index score as a clinical assessment tool for acute childhood asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol Off Publ Am Coll Allergy Asthma Immunol.* diciembre de 2010;105(6):425-9.
 91. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2021 [Internet]. Disponible en: www.ginasthma.org
 92. Finkelstein JA, Christiansen CL, Platt R. Fever in pediatric primary care: occurrence, management, and outcomes. *Pediatrics.* enero de 2000;105(1 Pt 3):260-6.
 93. Schnadower D, Kuppermann N, Macias CG, Freedman SB, Agrawal D, Mao J, et al. Outpatient management of young febrile infants with urinary tract infections. *Pediatr Emerg Care.* septiembre de 2014;30(9):591-7.
 94. Ministerio de Salud (MINSa). Norma Técnica de Salud para la Vigilancia, Prevención y Control de la Rabia Humana en el Perú. 2017.
 95. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein EJC, Gorbach SL, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the infectious diseases society of America. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 15 de julio de 2014;59(2):147-59.
 96. Munro MG, Critchley HOD, Broder MS, Fraser IS, FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* abril de 2011;113(1):3-13.
 97. Dueholm M, Lundorf E, Hansen ES, Ledertoug S, Olesen F. Accuracy of magnetic resonance imaging and transvaginal ultrasonography in the diagnosis, mapping, and measurement of uterine myomas. *Am J Obstet Gynecol.* marzo de 2002;186(3):409-15.

98. Sepúlveda-Agudelo J, Sepúlveda-Sanguino AJ, Sepúlveda-Agudelo J, Sepúlveda-Sanguino AJ. Sangrado uterino anormal y PALM COEIN. *Ginecol Obstet México*. 2020;88(1):59-67.
99. Kuppermann M, Learman LA, Schembri M, Gregorich SE, Jackson RA, Jacoby A, et al. Contributions of hysterectomy and uterus-preserving surgery to health-related quality of life. *Obstet Gynecol*. julio de 2013;122(1):15-25.
100. Nicholson WK, Wegienka G, Zhang S, Wallace K, Stewart E, Laughlin-Tommaso S, et al. Short-Term Health-Related Quality of Life After Hysterectomy Compared With Myomectomy for Symptomatic Leiomyomas. *Obstet Gynecol*. agosto de 2019;134(2):261-9.
101. Aarts JWM, Nieboer TE, Johnson N, Tavender E, Garry R, Mol BWJ, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 12 de agosto de 2015;(8):CD003677.
102. Lowder JL, Ghetti C, Nikolajski C, Oliphant SS, Zyczynski HM. Body image perceptions in women with pelvic organ prolapse: a qualitative study. *Am J Obstet Gynecol*. mayo de 2011;204(5):441.e1-5.
103. Jelovsek JE, Maher C, Barber MD. Pelvic organ prolapse. *Lancet Lond Engl*. 24 de marzo de 2007;369(9566):1027-38.
104. Handa VL, Garrett E, Hendrix S, Gold E, Robbins J. Progression and remission of pelvic organ prolapse: a longitudinal study of menopausal women. *Am J Obstet Gynecol*. enero de 2004;190(1):27-32.
105. Bouyer J. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod*. 1 de diciembre de 2002;17(12):3224-30.
106. Martínez Guadalupe Ál, Mascaro Rivera YS, Méjico Mendoza SW, Mere del Castillo JF. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Rev Peru Ginecol Obstet*. julio de 2013;59(3):171-6.
107. Van Den Eeden SK, Shan J, Bruce C, Glasser M. Ectopic pregnancy rate and treatment utilization in a large managed care organization. *Obstet Gynecol*. mayo de 2005;105(5 Pt 1):1052-7.
108. Hoover KW, Tao G, Kent CK. Trends in the diagnosis and treatment of ectopic pregnancy in the United States. *Obstet Gynecol*. marzo de

- 2010;115(3):495-502.
109. Dirección General de Epidemiología. Situación Epidemiológica de la Muerte Materna en el Perú, 2015. 25(4):66-74.
 110. Creanga AA, Shapiro-Mendoza CK, Bish CL, Zane S, Berg CJ, Callaghan WM. Trends in ectopic pregnancy mortality in the United States: 1980-2007. *Obstet Gynecol.* abril de 2011;117(4):837-43.
 111. Li C, Zhao W-H, Zhu Q, Cao S-J, Ping H, Xi X, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a multi-center case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 22 de agosto de 2015;15:187.
 112. González Merlo J, Laila Vicens JM, Fabre González E, González Bosquet E. González-Merlo - *Obstetricia* [Internet]. Philadelphia: Elsevier; 2018 [citado 25 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=5554099>
 113. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 193: Tubal Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol.* marzo de 2018;131(3):e91-103.
 114. Korhonen J, Stenman U-H, Ylöstalo P. Serum human chorionic gonadotropin dynamics during spontaneous resolution of ectopic pregnancy. *Fertil Steril.* 1 de abril de 1994;61(4):632-6.
 115. Jauniaux E, Ayres-de-Campos D, Langhoff-Roos J, Fox KA, Collins S, FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel. FIGO classification for the clinical diagnosis of placenta accreta spectrum disorders. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* julio de 2019;146(1):20-4.
 116. Bulbul M, Karacor T, Peker N, Nacar MC, Okutucu G. The effect of surgical procedure on surgical outcomes in patients undergoing emergency peripartum hysterectomy: a retrospective multicenter study. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet.* 28 de febrero de 2021;1-7.