



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MEDICO 2021-2022 EN EL  
CENTRO MEDICO NAVAL CIRUJANO MAYOR SANTIAGO  
TAVARA**

**PRESENTADO POR  
ALEXANDRA GUADALUPE MIRANDA FUNEGRA  
MAURICIO MARTIN VARGAS ORTECHO**

**ASESOR  
JEFFREE TOVAR ROCA**

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

**LIMA- PERÚ**

**2022**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MEDICO 2021-2022 EN  
EL CENTRO MEDICO NAVAL CIRUJANO MAYOR  
SANTIAGO TAVARA**

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

**PRESENTADO POR**

**ALEXANDRA GUADALUPE MIRANDA FUNEGRA  
MAURICIO MARTIN VARGAS ORTECHO**

**ASESOR  
Dr. JEFFREE TOVAR ROCA**

**LIMA – PERÚ**

**2022**

## **JURADO**

**Presidente:** Dr. Hinostrza Barrionuevo Víctor

**Miembro:** Dr. Vela Rodríguez Jorge Carlos

**Miembro:** Dra. Arribasplata Purizaca Kattia

## **DEDICATORIA**

A mis padres por brindarme su apoyo incondicional durante estos siete años de carrera, por haberme motivado e incentivado a superarme cada día, por ayudarme a lograr mi sueño de ser médico, a mi abuelita, quien fue la razón por la que decidí estudiar Medicina, a Mauricio, por haber sido un excelente compañero y amigo durante este periodo y a todo el personal de salud que ha luchado día a día durante esta pandemia.

Alexandra Guadalupe Miranda Funegra

A mis padres, por ser mi punto de apoyo durante siete arduos años de estudios, donde muchas veces necesité que me extiendan una mano y ellos siempre estuvieron presentes, como no también extender dicha dedicatoria a nuestros compañeros que hicieron que las experiencias vividas sean recordadas entre sonrisas. En especial a Alexandra por no solamente ser una excelente compañera sino también, por ser una excelente amiga y dra. Por último, pero no menos importante, a nuestra alma mater por darnos la oportunidad de cumplir nuestro sueño de ser médicos.

Mauricio Martín Vargas Ortecho

## ÍNDICE

<b>PORTADA</b>	<b>PÁGS.</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>iii</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>vi</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>vii</b>
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	viii
OBJETIVOS	ix
ALCANCE	ix
LIMITACIONES	ix
JUSTIFICACIÓN	ix
<b>CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	<b>11</b>
PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA.	12
MEDICINA INTERNA.	25
CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA.	34
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.	45
<b>CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b>	<b>54</b>
<b>CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	<b>57</b>
<b>CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	<b>59</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>61</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>63</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>64</b>

## RESUMEN

El último año de la carrera de medicina humana, el internado, es una etapa donde no solo se deben adquirir nuevos conocimientos teóricos y prácticos; sino también consolidarlos, para que así tengamos un mejor desarrollo como futuros médicos y seres humanos. Dicha etapa académica se ha visto modificada por la pandemia causada por el Covid 19, desde hace aproximadamente dos años.

Sin embargo, en este trabajo se plasma nuestra experiencia como internos de medicina humana en el Hospital Naval: Centro Médico Naval C.M.S.T desde Mayo del 2021 a Abril del 2022. Para ello se exponen dieciséis casos clínicos, cuatro por cada servicio donde se realizaron las rotaciones (Pediatría y Neonatología, Medicina Interna, Cirugía General y traumatología, y Ginecología y Obstetricia).

La elección de los casos clínicos se realizó según la conveniencia de los autores y del potencial académico que estos representan para las futuras generaciones. Dichos casos intentan plasmar las patologías más frecuentes de las principales especialidades tanto quirúrgicas como clínicas en el Centro Médico Naval. Se espera que este trabajo sirva de guía a la promoción 2022 al momento de elegir sus sedes de internado en el contexto de pandemia y servir de base para futuras discusiones sobre las condiciones de trabajo y funciones de los internos de medicina.

## **ABSTRACT**

The last year of the human medicine career, the internship, is a stage where not only we have to acquire theoretical and practical knowledge, but also consolidate it, so we can have a better development as future doctors and human beings. This academic stage has been modified because of the Covid-19 pandemic for approximately the last two years.

However, this work portrays our experience as interns for the "Hospital Naval: Centro Medico Naval C.M.S.T" from May 2021 to April 2022 time period. For this purpose there are 16 clinical cases presented, 4 for each clinical rotation (Pediatrics and Neonatology, Internal medicine, General Surgery and Gynecology & Obstetrics)

The choice of the clinical cases was made according to the convenience of the authors and the academic potential that they represent for future generations. These cases try to capture the most frequent pathologies of the main specialties, both surgical and clinical specialties at the Naval Medical Center. Also can be used as a base for future discussions on the work conditions of the last year in med school we hope that this work serves as a guide for the class of 2022 when their time comes to pick an internship during the pandemic, and also help discuss the work environment and functions of the interns.

## INTRODUCCIÓN

El Hospital NAVAL C.M.S.T , ubicado en el distrito del Callao, con la dirección exacta de Av. República de Venezuela S/N, Bellavista establecimiento de nivel III, mediante RD N.º 004-2010-DISA-IVLE-DG- DESP-OAJ. Es un centro de salud de alta complejidad y con una infraestructura bastante avanzada. Contando con 2 resonadores magnéticos y 2 tomógrafos de alta gama, cuenta también con un reconocido laboratorio, Suiza Lab, y un centro de anatomía patológica. Cuenta con atención las 24 horas en las diferentes especialidades como Medicina Interna, Cirugía General, Traumatología, Pediatría y Neonatología, Ginecología y Obstetricia (1).

Uno de los principales objetivos de este establecimiento de salud es promover la atención segura de los pacientes minimizando el riesgo y previniendo la ocurrencia de eventos adversos, también mejorar la satisfacción del usuario evaluando sus percepciones, expectativas y reclamos frente a los servicios prestados (2).

Según el Análisis de Situación de Salud de la DIRESA Callao en el año 2018, este establecimiento posee 481 camas para hospitalización, 13 camas en UCI, 11 camas en la sala de observación y 1 cama en la unidad de shock trauma. Actualmente esto se ha visto afectado debido a que la pandemia ha obligado a disminuir el aforo en distintos ambientes del centro médico (3).

Nosotros, como internos, ingresamos con el objetivo de fortalecer los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante años de formación, desarrollar el contacto directo con los pacientes. El internado médico en este establecimiento inició en mayo del 2021 con 80 internos de distintas universidades, en medio de la pandemia causada por el SARS-CoV-2.

Este trabajo se realizará en un periodo corto, por las fechas impuestas para la aprobación del trabajo por el consejo universitario y la oficina de grados y títulos. Contamos con todos los recursos para ejecutarlo, así como también con el apoyo del personal que labora en este hospital, incluyendo a nuestro asesor.

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Al encontrarnos en medio de una pandemia causada por el SARS CoV 2, nos vemos frente a limitaciones tanto en nuestros estilos de vida, como también el desarrollo de nuestro aprendizaje y actividades académicas. El internado médico no es excepción a esto, por lo que tuvimos que cambiar algunas costumbres, para poder alcanzar las metas predispuestas para el último año de la carrera.

La principal limitación, es el hecho de no poder tener clases o seminarios presenciales debido a que se debe evitar la conglomeración de personas en ambientes poco ventilados. Como alternativa se realizan actividades académicas mediante plataformas online, aunque personalmente creemos que no tienen el mismo alcance para el alumnado.

Como segundo problema tenemos el riesgo, al estar expuestos, a contraer la COVID-19 y llevar esta enfermedad a nuestros hogares. Los conocimientos que debemos tener sobre la prevención primaria se tornan de suma importancia en el contexto que nos encontramos. El lado positivo de esta situación

es que el uso de mascarillas, equipos de protección personal y lavado de manos en los 5 momentos al atender un paciente se han vuelto parte de nuestra rutina, como siempre debió ser (4).

## **OBJETIVOS**

Describir la experiencia del internado médico en el Centro Médico Naval CMST, durante la pandemia causada por el SARS Cov 2, desde Mayo del 2021 hasta abril del 2022.

## **ALCANCE**

El presente trabajo servirá a los próximos internos para que decidan postular una plaza en esta sede docente, describiremos cómo fueron las labores en los diferentes servicios de Pediatría, Ginecología-Obstetricia, Cirugía General y Medicina Interna de nuestro internado médico, durante la época de pandemia, en el Centro Médico Naval CMST.

## **LIMITACIONES**

- Dificultad para el seguimiento específico de pacientes debido a que la mayoría de sus dependencias militares no se encuentran en la capital.
- Confiabilidad de los datos debido a la dificultad para solicitar historias clínicas antiguas.
- Tiempo ajustado entre la publicación de las bases para la realización del trabajo de suficiencia profesional y la fecha límite de entrega establecida por la universidad.

## **JUSTIFICACIÓN**

El siguiente trabajo es importante debido a que se dará a conocer una perspectiva del internado médico en época

pandémica, en una sede nivel III. Es de suma importancia recalcar el nivel de atención en la que desarrollamos el internado debido a que los procesos administrativos, diagnósticos o tratamientos pueden diferir en distintas sedes hospitalarias.

La nueva evidencia que se obtendrá servirá como referencia y línea base respecto a los procedimientos, experiencias, metodologías, etc., usados en el hospital, para promociones futuras. Asimismo, se podrá detallar descriptivamente las diferencias problemáticas que se generan y que se han exacerbado por la pandemia. A su vez este trabajo permitirá a las futuras generaciones conocer un poco más acerca de cómo es el internado en nuestra sede, para que así puedan elegir una sede que cumpla con sus expectativas.

Cabe recalcar que por la reducción de personal, a causa de la pandemia, es posible desarrollar buenas prácticas clínicas y llevar a cabo un buen aprendizaje en un hospital de alta complejidad. Incluso durante la pandemia hemos podido acostumbrarnos a tener un nuevo estilo de vida dentro y fuera del hospital. Ya sea el uso de mascarillas de manera permanente en cualquier espacio del hospital, incentivar el lavado de manos de manera frecuente y el distanciamiento personal.

A su vez, esto le permitirá a nuestra alma mater, conocer “de primera mano” qué tipo de experiencia están teniendo sus alumnos de último año en las distintas sedes y así advertir si están cumpliendo los objetivos o metas establecidas.

Por último buscamos incentivar a las futuras generaciones, para que resuelvan cualquier duda que puedan tener sobre el internado y disfruten de la mejor manera uno de los años más importantes académicamente.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

Haciendo un repaso de la malla curricular de la facultad de medicina humana de la USMP, cada estudiante de pregrado deberá alcanzar un nivel de conocimiento teórico y práctico, el cual le permitirá desarrollarse eficazmente en la prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación de las patologías más relevantes en las principales especialidades médicas. Todo lo mencionado anteriormente es consolidado en el internado médico. Es la aplicación práctica de años teóricos y el momento de desarrollar buenas prácticas clínicas y profesionales las cuales nos acompañarán por el resto de nuestra trayectoria médica (5).

En los siguientes párrafos se expondrán distintos casos clínicos de las siguientes especialidades: Pediatría, Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología, los cuáles serán desglosados para verificar si el manejo fue correcto o no, y si no lo fuese, en qué puntos se pudo haber intervenido para tener mejores resultados.

## **PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA.**

### **CASO CLÍNICO 1.1.**

Acude a emergencias, lactante de 7 meses acompañada de su madre quien refiere que 03 días antes del ingreso su hija cursa con rinorrea, tos y fiebre. 01 día antes del ingreso: vómitos de contenido gástrico y deposiciones líquidas. 10 horas antes del ingreso tiene un cuadro de convulsión, la cual inicia en brazo derecho, luego progresando a todo el cuerpo, de tipo tónico-clónica generalizada, de aproximadamente 30 segundos de duración.

Motivo por el cual acude a centro de salud en Los Olivos, donde le aplican 5mg de diazepam, para posteriormente ser referida a CEMENA.

- Antecedentes de importancia:

Prenatales: Gestación 39ss PEG, madre: COVID (+) antes de gestación, cistitis gestacional.

Al nacer (07/12/2020): 2800 gr, Talla: 46 cm, Apgar 9'-> 9'

Hospitalizada hasta los 30 días de vida con los diagnósticos:

Encefalopatía multifactorial resuelta.

Alteración en EEG: paroxismos temporales izquierdo por disfunción cortical.

Hemorragia subaracnoidea controlada (por ECO TF, sin dilatación ventricular).

Síndrome convulsivo en tratamiento (con levetiracetam).

Trastorno de coagulación por consumo de fibrinógeno (transfusiones múltiples 3 crioprecipitados, 4 PFC).

Sepsis tratada (AMP + AMK, luego cefotaxima).

Hipercalcemia resuelta.

Anemia en tratamiento.

Caput succedaneum temporal anterior derecho (3 cm) resuelto.

Inmunizaciones: completas hasta los 6 meses.

- Examen Físico de Ingreso:

Peso: 6 kilogramos            SC: 0.33kg/m<sup>2</sup>

FC: 100 latidos por minuto, FR: 51 respiraciones por minuto,

T:36.6°C

Piel: Palidez ++/+++, llenado capilar <3 segundos.}

Cabeza: normocéfalo.

TyP: Murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares, roncales difusos, tirajes subcostales.

CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

Abd: Blando depresible con ruidos hidroaéreos aumentados, no doloroso a la palpación.

SNC: somnolienta, no signos sugestivos de focalización.

Hipotonía.

- Diagnósticos al ingreso:

Síndrome convulsivo etiología a descartar.

Descartar: sepsis con punto de partida respiratorio.

Anemia.

- Exámenes de ingreso:

Hb: 7.4 g/dL    Leucocitos: 17.34 10<sup>3</sup>xmm<sup>3</sup> (0% bastones),

Plaquetas: 385000/mm<sup>3</sup>

Pcr: 45.34 mg/L, Pct: 98.16 ng/mL

Tgo: 2179 U/L, Tgp: 510.4 U/L

- Durante su primer día de hospitalización:

Inicio de cobertura antibiótica: Vancomicina + Meropenem.

Convulsión +- 5 min de duración.

AGA: PH 7.27, PCO2 41.7, HCO3: 19.5

4:00h: Se decide Intubación + ventilación mecánica.

Hb: 8.5 g/dL, Leuco: 14.77  $10^3$ xmm<sup>3</sup> (980 bastones), Plaq: 367000/mm<sup>3</sup>

Perfil de coagulación: TP 25.1 segundos, INR 1.91

13:00h: Se coloca catéter venoso central.

Flujo urinario disminuido: se inicia furosemida.

Durante su estancia hospitalaria, en unidad de cuidados intensivos pediátricos la paciente continuó descompensación, disminuyendo su flujo urinario el cual respondía a furosemida, presenta convulsiones tonicoclónicas y desbalance hidroeléctrico (hipokalemia). Debido al distrés respiratorio persistente la paciente es intubada por donde se le inicia ventilación mecánica por aproximadamente 15 días.

Durante todo este tiempo no se encontraba una causa para el cuadro clínico. Se le realizaron ecografías abdominales múltiples veces debido a que se fue evidenciando un aumento de volumen progresivo del perímetro abdominal. En las ecografías se evidencia líquido libre abdominal derrame pleural laminar.

Se solicita un perfil hepático donde se evidencia un patrón colestásico. Por lo que se sospecha de una posible pancreatitis y se incrementan las dosis de diuréticos (furosemida).

Luego del destete de la ventilación mecánica, se le agrega espironolactona para reducir la ascitis. Sin embargo, el cuadro

clínico vuelve a empeorar con un distrés respiratorio marcado con tirajes y un desbalance del medio interno. Se le realiza un AGA donde se aprecia una alcalosis respiratoria. PH 7.42, PCO<sub>2</sub> 32.1, HCO<sub>3</sub> 21.2.

Luego de esto se le inició terapia con CPAP

Tras haber pasado aproximadamente 25 días de hospitalización sin un diagnóstico con dos focos que podrían explicar la condición de la paciente: abdominal y pulmonar. Se le hace una interconsulta a un gastropediatra quien indica hacer estudios para una patología de depósito hepático y se descarta la idea de una posible pancreatitis. Se le programa una biopsia hepática luego de mejorar el perfil de coagulación.

Por otro lado, una gran preocupación sobre todo en pacientes pediátricos, por las convulsiones tonicoclónicas a repetición hace que se le solicite una tomografía cerebral donde se evidencia ventriculomegalia.

En la biopsia hepática se evidencian “gotas gruesas grasas”

Gastrología pediátrica y todo el staff de pediatría se reúnen y se plantea la posibilidad de estar frente a una enfermedad de Gaucher.

El complejo caso clínico mencionado anteriormente sirve para ser analizado no sólo por la complejidad clínica sino también por dificultad de la toma de decisiones sin transgredir la deontología y no hacer daño al paciente. Las crisis convulsivas en pacientes pediátricos pueden tener distintas etiologías y representan un gran reto encontrar el desencadenante cuando los pacientes llegan a emergencias. Incluso en una gran cantidad de situaciones no se llega a determinar la causa. Una convulsión se define como una aparición breve de signos y/o síntomas debido a una actividad excesiva o sincronizada de las neuronas en el cerebro. La primera tarea del médico es determinar si el evento

es característico de una convulsión o de otra condición simulada. El siguiente paso es clasificar los tipos de convulsiones (6).

La enfermedad de Gaucher según *Maria Colquicocha-Murillo, et al. en Rev Med Hered vol.26 no.2 Lima abr./jun. 2015* “se debe a mutaciones en el gen responsable de la síntesis de la enzima lisosomal b-glucocerebrosidasa ácida, también llamada  $\beta$ -Glucosidasa ácida, (o  $\beta$ -GA), cuyos locus se ubica en 1q21, es decir en la banda uno de la región 2 del brazo largo del cromosoma 1. El patrón de herencia es autosómico recesivo” dicha deficiencia enzimática puede presentarse en distintas etapas de la vida siendo la de peor pronóstico la de aparición en paciente pediátrico (7). Teniendo afectación ósea, como manifestación clínica más frecuente y a nivel de vísceras, podemos encontrar esplenomegalia lo cual se manifestará como trombocitopenia principalmente.

El diagnóstico definitivo se hace mediante la detección de la ausencia de la enzima B glucocerebrosidasa en plasma, leucocitos y biopsia de tejidos

El tratamiento no está completamente establecido sin embargo existen recomendaciones básicas como el no usar aspirina debido a que altera la agregación plaquetaria. Las bases de la terapia son el manejo de soporte y en países más avanzados el recambio enzimático. Práctica la cual se viene usando desde 1991 cuando fue aprobada por la FDA (8).

### **CASO CLÍNICO 1.2.**

Paciente de 4 años acude a CEMENA acompañado por su madre a CEMENA por presentarse desde hace 90 minutos aproximadamente irritable, con distrés respiratorio a los esfuerzos físicos y sibilantes audibles. Agrega que su hijo estaba jugando cuando se dio el cuadro clínico de inicio insidioso y de

curso progresivo.

Paciente se encontraba hemodinámicamente estable al momento del ingreso.

- Al examen físico: FC: 90 latidos por minuto, FR: 32 respiraciones por minuto, temperatura 36.7°C, SatO2: 95%

Piel: Tibia, hidratada y elástica, llenado capilar <2 segundos. No ictericia y no cianosis.

TyP: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares. Sibilantes espiratorios presentes en ambos hemitórax. Amplexación conservada y no se evidencia uso de musculatura accesoria. Pulmonary Score de 2/9.

CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se aprecian soplos y los pulsos periféricos se encontraban presentes.

Abdomen: Blando, depresible con ruidos hidroaéreos presentes, conservados en intensidad y frecuencia. No doloroso a la palpación superficial ni profunda.

SNC: Paciente LOPEP, Glasgow Pediátrico 15/15, No se evidencian signos meníngeos y no signos de focalización.

El asistente solicita una radiografía de tórax y un hemograma. En la radiografía de tórax se evidencian signos de atrapamiento aéreo. El hemograma no muestra alteraciones más que un ligero aumento de eosinófilos. Por lo que se le indica terapia de rescate con salbutamol con aerocámara y se le evalúa a la hora luego de la terapia de rescate. En la reevaluación se evidencia que el niño se encuentra más tranquilo y con funciones vitales dentro de los rangos normales. Se le da el alta y se le indica controles de crisis asmáticas con paracetamol, se le indica cuales son los signos de alarma y se le coordina para controles ambulatorios por el servicio de pediatría.

Las crisis asmáticas son una de las principales patologías que se atienden en el servicio de urgencias la cual cuenta con una prevalencia de aproximadamente del 8% en países como México (9). En nuestro país la prevalencia fluctúa entre el 6 a 30% (10) por lo que toma relevancia entender cuál es el manejo de las crisis asmáticas debido a que es una patología bastante común en nuestro medio.

La crisis asmática es definida como un “empeoramiento agudo o subagudo de los síntomas y la función pulmonar con respecto al estado habitual del paciente; en ocasiones puede ser la manifestación inicial del asma” (11).

Según la guía de manejo de crisis asmática de GINA 2016, lo primero que se debe realizar es evaluar la severidad del paciente mientras se inicia beta agonistas de acción corta (SABA) y oxígeno si es necesario.

Luego es importante considerar las causas de dicho distrés respiratorio y reconocer los si existen signos de alarma para que esta crisis pueda ser manejada en un centro de salud de mayor nivel de atención. Considerando este último punto, podemos apreciar que el manejo inicial llevado a cabo en CEMENA frente a una crisis asmática fue el correcto debido a que el paciente no presentaba signos de que sea una exacerbación de asma grave.

Otro punto a recalcar es la manera en que se le da de alta al paciente debido a que la mayoría de los pacientes que acuden a emergencias por una crisis asmática son madre primerizas o crisis asmáticas en debut debido a esto consideramos que los padres deben ser educados en reconocer los signos de alarma y en el manejo de estas crisis asmáticas. Consideramos también que uno de los puntos más importantes para indicar a los padres es el uso adecuado de los SABA junto con la aerocámara, indicarles que el beneficio del uso de nebulización frente al uso

de SABA no es superior.

Por último el impacto que puede tener el estilo de vida en las exacerbaciones de asma como es el tabaquismo en el hogar.

### **CASO CLÍNICO 1.3**

Neonato presenta luego de 29 horas de haber nacido por parto eutócico tinte amarillento en piel y escleras. Limitado a zona de kramer 1.

- Antecedentes Maternos: 27 años de edad, primigesta, 8 controles prenatales, cuenta con apoyo de familiares y pareja, no tiene comorbilidades de importancia con relación al cuadro clínico. Único antecedente quirúrgico de fractura de muñeca hace 10 años y no hace uso de medicación de manera habitual. Durante la gestación no se presentan interurrencias.
- Examen físico al nacimiento:

APGAR: 8' 9'.

Sexo Femenino.

3910 gramos.

Longitud de 54 cm.

Perímetro cefálico de 36.2 cm, perímetro torácico 36.4cm, perímetro abdominal 35.3 cm.

Llanto vigoroso y espontáneo.

A los dos días se muestra hemodinámicamente estable, sin signos de alarma, con buena tolerancia a la vía oral.

Piel: tibia hidratada elástica y con tinte amarillento a nivel de escleras la cual se extiende hasta hemitórax superior. Milia a nivel nasal.

TyP: murmullo vesicular para en ambos campos pulmonar, no se evidencian ruidos agregados y no se evidencia uso de la

musculatura accesoria.

CV: ruidos cardiacos rítmicos y pulsos periféricos presentes.

Abdomen: blando, depresible y con ruidos hidroaéreos presentes conservados en intensidad y aumentados en frecuencia.

GU: La micción y deposiciones son eliminadas espontáneamente a las 24 horas de vida.

SNC: no se evidencian signos meníngeos ni de focalización. Paciente se encuentra alerta y reactivo a estímulos.

El asistente solicita el grupo y factor Rh de la madre comprobando que no exista ningún tipo de incompatibilidad, se le solicita a su vez un Test de Coombs el cual sale negativo. Luego de esto solicita un hemograma y bilirrubina total y fraccionada. A estos laboratorios también se le sumó un hemograma, hemocultivo y pcr.

Con los resultados de la bilirrubina con predominio indirecto, hace uso de las curvas NICE para decidir la terapéutica. En esta se evidencia que los valores de bilirrubina no se encuentran dentro de los valores de fototerapia o exanguinotransfusión.

El resto de los laboratorios se encuentran dentro de los rangos normales. Paciente cursa con buenos valores de hemoglobina y hematocrito.

Atribuye que la ictericia es parte de un proceso fisiológico por lo que no se le deja mayor tratamiento. Madre y neonato son dados de alta a los 5 días debido a que hubo demora para realizar el tamizaje neonatal (acústico y ocular).

La ictericia neonatal puede ser atribuida a distintos factores tanto benignos como es un proceso fisiológico o patológico como es la hemólisis de incompatibilidad de grupo. Es importante

comprender la fisiología del metabolismo de bilirrubinas. Primero entender que la bilirrubina indirecta es el reflejo, en su mayoría, de un proceso hemolítico y que un aumento de la bilirrubina directa guarda relación con un proceso hepatobiliar (12). El hígado convierte la bilirrubina a una forma conjugada para que pueda ser excretada en la bilis.

En la mayoría de los casos de ictericia neonatal nos encontramos frente a una hiperbilirrubinemia de predominio indirecto. Cómo reconocer si se trata de una patología o un proceso fisiológico depende del tiempo en el que se presente la ictericia. Si se presenta en las primeras 24 horas de vida, es muy probable que se deba a una incompatibilidad Rh o de grupo sanguíneo lo cual será bastante riesgosa para integridad del neonato.

La etiología en sí, como los niveles de bilirrubina encontrados en el torrente sanguíneo representan un factor de riesgo para el paciente debido a que existe una respuesta inmune la cual causa lisis de eritrocitos y el aumento de niveles de bilirrubina por se puede causar Kernicterus, el cual es el depósito de bilirrubina a nivel de SNC, poniendo igualmente en riesgo la vida del paciente.

En el caso mencionado anteriormente nos encontramos con un paciente en el que han pasado más de 24 horas por lo que la posibilidad de que sea una incompatibilidad de grupo o Rh eran mínimas, igual se le solicita un Test de Coombs. Consideramos que dicha acción no era necesaria debido a que el paciente se encontraba en todo momentos asintomático.

Recalcamos como punto a favor el hacer uso de las curvas NICE para la decisión terapéutica. Esto debido a que por más que las interurrencias ya sean por fototerapia o exanguinotransfusión sean poco descritas, siempre son una

posibilidad. La fototerapia puede dar la complicación del niño quemado y una exanguinotransfusión una baja brusca de la temperatura.

La ictericia fisiológica suele presentarse en la primera semana de vida teniendo un pico entre los días 3 a 5 de vida y resolviendo de manera espontánea.

#### **CASO CLÍNICO 1.4.**

Paciente masculino que nace sin alteraciones o complicaciones durante el parto. A la exploración física se evidencia tumoración blanda en región sacra de 3 por 3 cm la cual no aparenta estar adherida a planos profundos y sin cambios de coloración.

- Como antecedentes de importancia maternos tenemos:

Madre de 37 años la cual cuenta con 8 controles prenatales, no refiere con exactitud el tiempo que recibió ácido fólico y/o Hierro.

Fórmula ginecológica G4 P2012. Refiere que aborto se dio de manera espontánea (no refiere más datos sobre el aborto).

Gestación de 39 semanas y 4 días, durante la cual padece una vulvovaginitis por candida, recibiendo tratamiento con clotrimazol.

Parto: eutócico. Trabajo de Parto: 6 horas. Presentación Cefálica.

- Funciones vitales: Frecuencia Cardiaca 132 latidos por minuto, Frecuencia Respiratoria 48 respiraciones por minuto, Temperatura de 35.9°C. Saturación de O2 pre ductal 97%

- Al examen físico:

APGAR: 9' 9'.

Sexo Masculino.

3820 gramos.

Longitud de 53 cm.

Perímetro cefálico de 35.5 cm, perímetro torácico 35.5 cm, perímetro abdominal 35 cm.

El neonatólogo al apreciar que no se presentaban signos de alarma más que la tumoración en región sacra que no impedía la funcionalidad de los miembros inferiores decide realizar una junta médica con otros pediatras y neurocirujanos previa ecografía de la tumoración.

- En la ecografía: se evidencian signos ecográficos sugestivos de lipomielomeningocele a nivel de la masa palpable acompañado de gran vaso arterial hacia la piel. Examen a complementar con informe de resonancia magnética.
- En la junta médica, neurocirugía refiere que la ecografía no es de mucha utilidad para describir la profundidad de la lesión por lo que se le solicita una resonancia magnética.
- En la resonancia magnética:

Hallazgos: Disrafia del arco posterior de las vértebras sacras más caudales, con presencia de masa de tejido adiposo subcutánea. Se reconoce la placoda neural dentro del conducto raquídeo, con tejido adiposo que lo rodea. El cono medular tiene una localización baja, por debajo de L4. El filum terminal está engrosado. Los cuerpos vertebrales y los discos intervertebrales tienen adecuada morfología, altura y señal para el grupo etario. Las partes blandas paravertebrales tienen configuración habitual.

- Impresión Diagnóstica:

Lipomielocele Sacro con localización baja del cono medular.

Durante el tiempo en el que se ampliaron los estudios de imágenes el neonato no presentó ningún signo de alarma o

déficit motor en miembros inferiores.

Con los resultados, neonatología y neurocirugía decidieron que no se operaría dicha lesión debido a la edad del paciente. Sin embargo se programó monitoreo ambulatorio mensual para ver progresión de la lesión.

Los defectos del tubo neural son anomalías estructurales congénitas del desarrollo. Dependiendo de la ubicación de la lesión o anomalía se evidencian distintos tipos de manifestaciones clínicas (13).

La incidencia de los defectos del tubo neural es muy variable según el grupo poblacional afectado, aunque por lo general va de <1 a 7 por mil (14). Esta cifra se ha visto reducida gracias a métodos de screening de la alfa feto proteína (en países desarrollados) y la administración de ácido fólico preconcepcional, el cual fue establecido en 1990 (15).

Defectos del cráneo suele incluir: anencefalia, exancefalia y encefalocele (16).

Disrafismos espinales abiertos, son caracterizados por una hendidura en la columna, acompañado con una herniación de las meninges (ocasionando un meningocele) o del cordón medular (ocasionando mielomeningocele).

Los Disrafismos espinales cerrados (o lesiones ocultas) suelen ser caracterizados por una falla en la fusión de los cuerpos vertebrales. Estos defectos suelen estar acompañados de otras anomalías más severas a lo largo de la médula espinal. Los lipomas de la zona lumbar de la médula espinal suelen causar opresión y atrapamiento de esta.

Los controles prenatales y el uso de ácido fólico forman parte fundamental en el correcto desarrollo del tubo neural y sobre todo la prevención de distintas patologías en el neonato. Como

se puede apreciar en el caso clínico la madre no refiere con exactitud el tiempo que uso ácido fólico y no cuenta con los controles prenatales adecuados y esto se debe a que por la pandemia los pacientes no acuden a los centros de salud debido al temor de contraer el virus SARS COV 2.

Es recomendada la suplementación con ácido fólico en dosis de aproximadamente 400 microgramos al día y de 5mg en gestante de alto riesgo. Se debe iniciar un mes antes de la concepción y durante las primeras doce semanas de gestación (17).

## **MEDICINA INTERNA.**

### **CASO CLÍNICO 2.1.**

Paciente varón de 21 años procedente de Aguaytía, refiere que hace 06 días empezó a presentar mareos, mialgias, cefalea, falta de apetito, fatiga y fiebre, fue evaluado en el centro de salud Aguaytía y se le administró metronidazol endovenoso calmando su sintomatología temporalmente, tres días después presentó artralgias, se le realizó un hemograma automatizado donde se encontraron las plaquetas en 71 000/mm<sup>3</sup> por lo que se evacuó al paciente a la emergencia de nuestro hospital. Al llegar al hospital presentó epistaxis y persistencia de la sintomatología.

- En los antecedentes patológicos niega enfermedades crónicas. niega Hipertensión Arterial, niega Diabetes Mellitus. Niega cirugías previas, niega reacción adversa medicamentosa.
- Al examen físico: FC 72 latidos por minuto, FR 20 respiraciones por minuto, PA 100/60 mmHg, T°: 37.8°C.

General: paciente en aparente regular estado general, regular estado de hidratación y regular estado nutricional.

Piel y mucosas: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez, no cianosis.

TyP: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

CV: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso; ruidos hidroaéreos presentes y conservados, no se palpa visceromegalia.

Genitourinario: PPL (-), PRU (-).

Locomotor: el paciente moviliza las 4 extremidades.

SNC: paciente despierto, orientado en tiempo espacio y persona.

Se procede a solicitar un hemograma automatizado, perfil hepático y renal, prueba de anticuerpos para dengue y se hospitaliza.

La prueba de anticuerpos para dengue nos indica que estamos frente a una infección activa, la hemoglobina estuvo en valores normales, pero nos encontrábamos frente a una trombocitopenia moderada, motivo por el cual el paciente recibirá transfusión de 7 unidades de plaquetas.

- Impresión diagnóstica:

Síndrome Febril.

D/c Dengue

Trombocitopenia moderada.

En su primer día de hospitalización enviamos al INS la muestra para la prueba serológica de Dengue, manejamos la sintomatología, hidratación, se hicieron controles interdiarios de hemograma, perfil hepático y renal, pcr.

Dos días posteriores a su hospitalización el paciente presentó rash en tronco, y miembros inferiores, los valores de hemoglobina y hematocrito se mantuvieron normales, las plaquetas subieron a 112000/mm<sup>3</sup>, la cefalea persiste y se presentaron cuadros de deposiciones líquidas sin sangre.

Se interconsulta a infectología y a hematología para un mejor manejo, debido a que el paciente se mantuvo afebril por 48 horas, infectología indicó controles de hemograma cada 48 horas y hematología indicó uso de ácido tranexámico y transfusión de 6 unidades de plaquetas solo si se presentaran sangrados o si las plaquetas bajaban de 50000/mm<sup>3</sup>.

Con el transcurso de los días, el perfil hepático se encontró ligeramente alterado, motivo por el cual se pide una ecografía abdominal en la cual se encontró: hepatomegalia.

En el último control con infectología a los 8 días de hospitalización, los valores de plaquetas llegaron a 145000/mm<sup>3</sup>, las cefaleas disminuyeron su intensidad, motivo por el cual se planteó el alta hospitalaria con descanso médico domiciliario por 03 días.

Es poco común en nuestra ciudad encontrar casos de Dengue, puesto que es una enfermedad metaxénica de nuestra Amazonía, en este establecimiento de salud encontramos casos como este debido a que nuestros pacientes son militares que se encuentran en comisiones la mayoría de veces en la selva y norte.

Para tener un diagnóstico confirmado es necesaria la prueba serológica de Dengue enviada al INS, el resultado sale en 7 días aproximadamente, en este caso, el paciente salió de alta y el resultado no llegó.

El dengue tiene una etapa febril que dura hasta 7 días, en la cual se evidencia cefalea, dolor muscular, articular, exantema

maculo papular, incluso se presentan cuadros diarreicos, en la etapa crítica se produce la extravasación de plasma, lo cual puede generar un shock hipovolémico, se deben realizar hemogramas seriados, y finalmente presenta la etapa de recuperación en la que incluso podemos encontrar exantemas tardíos hasta el día 15, asociado a prurito. En los casos de dengue con signos de alarma el tratamiento debe ser hospitalario (18).

En este caso el manejo consistió en tratar la sintomatología acompañado de hidratación, mientras esta enfermedad terminaba su fase crítica.

### **CASO CLÍNICO 2.2**

Paciente varón de 24 años acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 3 días caracterizado por debilidad progresiva y dolor en miembros inferiores dificultando la marcha, asociado a orina de color marrón, el paciente refiere que la sintomatología empezó luego de salir a correr con sus amigos y realizar ejercicio físico intenso. El dolor en miembros inferiores no cede con AINES.

- No antecedentes quirúrgicos de importancia, niega reacciones adversas medicamentosas, niega enfermedades crónicas.
- Al examen físico: FC 81 latidos por minuto, FR 19 respiraciones por minuto, PA 120/65 mmHg, T°: 36.7°C.

General: regular estado general, buen estado de nutrición e hidratación.

Piel y mucosas: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no edemas.

TyP: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

CV: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso; ruidos hidroaéreos presentes y conservados en intensidad, tono y frecuencia.

Genitourinario: PPL (-), PRU (-).

Locomotor: limitación funcional por dolor al caminar, parestesia en miembro inferior izquierdo.

Neurológico: paciente despierto, orientado en tiempo espacio y persona.

Se solicita hemograma automatizado, examen de orina, pcr, vsg, cpk, fosfatasa alcalina, ggtp, tgo, tgp, electrolitos séricos, mioglobina, luego de los resultados se hospitaliza.

- Impresión Diagnóstica:

Rabdomiólisis

En los exámenes auxiliares nos encontramos con valores elevados: Ggtp: 104 U/L, cpk: 978 U/L, pcr: 18.02mg/L y leucocitos:  $16,73 \cdot 10^3 \text{ xmm}^3$

Sedimento urinario no patológico, resto de exámenes laboratoriales sin alteraciones.

No existen criterios diagnósticos exactos para rabdomiólisis ya que los cuadros son diversos, en la mayoría de los casos de basan en la presencia de: a) evento desencadenante de destrucción muscular; b) incremento de los niveles de enzimas musculoesqueléticas; y c) incremento en los niveles de mioglobina sérica y mioglobinuria (19).

Durante su hospitalización el paciente presentaba persistencia de la parestesia en miembro inferior izquierdo, limitando su marcha, con el avance de los días la parestesia cede y el dolor disminuye.

El tratamiento consistió en hidratación endovenosa con NaCl 9% y control de la diuresis para prevenir una insuficiencia renal

aguda que es una complicación común en pacientes con Rabdomiólisis.

### **CASO CLÍNICO 2.3.**

Paciente mujer de 25 años acude con tiempo de enfermedad de 3 días, refiere sensación de que todo gira cuando ella está sentada o camina y se acompaña de dolor de cabeza, niega enfermedades crónicas, niega reacción alérgica a medicamentos, niega cirugías previas.

- El antecedente de importancia que nos refiere es que ella es Oficial de Mar con dependencia en el Buque de Armada Peruana Quiñones, por lo que siempre está en navegación.
- Al examen físico: FC 139 latidos por minuto, FR 25 respiraciones por minuto, PA 90/60 mmHg, T°: 37.7°C.

General: regular estado general, buen estado nutricional, buen estado de hidratación.

Piel y mucosas: hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez.

TyP: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

CV: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial, ruidos hidroaéreos presentes.

Genitourinario: PPL (-), PRU (-)

Locomotor: moviliza 4 extremidades.

Neurológico: Glasgow 15/15; lúcido, orientado en tiempo y persona; pupilas céntricas, isocóricas, reactivas a la luz, no signos meníngeos, ni signos de focalización.

Se solicita interconsulta a neurología y otorrinolaringología, se

dejan exámenes de laboratorio y se hospitaliza.

- Impresión diagnóstica:

Vértigo periférico.

D/c: Vértigo Posicional Paroxístico Benigno.

Cefalea tensional.

Durante su hospitalización los exámenes laboratoriales no mostraron alteraciones, la paciente fue evaluada por el servicio de neurología por la cefalea tensional que presentaba, el servicio solicitó un electroencefalograma para descartar alguna causa neurológica, el EEG fue normal, sin alteraciones.

También fue evaluada por el servicio de otorrinolaringología evaluó a la paciente, al examen físico: Romberg negativo, reflejo vestíbulo ocular negativo, no nistagmo, en la maniobra de Dix-Hallpike encontramos nistagmus horizonte rotatorio agotable, le realizaron la maniobra de Epley, posterior a esto la paciente refirió mejoría de la sintomatología, por lo tanto se confirmó el diagnóstico de Vértigo Postural Paroxístico Benigno, empezando así su tratamiento con Betahistina 16 mg vía oral cada 12 horas.

El VPPB se desarrolla por un cambio en la posición de la cabeza, suele desarrollarse cuando las partículas de calcio que normalmente se encuentran incrustadas en una parte del oído interno se desplazan hacia otra zona, habitualmente el canal semicircular posterior, es de manejo sencillo, consiste en repetir la maniobra de Epley y en ocasiones no es necesario el manejo farmacológico (20).

En el caso de nuestra paciente, al ser su dependencia el BAP Quiñonez, ella no podría ser dada de alta en la brevedad, requirió observación un par de días hasta que los síntomas fueran ligeros, no incapacitantes para poder así volver a sus labores.

#### **CASO CLÍNICO 2.4.**

Paciente varón de 32 años de edad que ingresa con un tiempo de enfermedad de 5 días en el cual la madre refiere que el paciente se encontraba agitado en el transcurso del día, motivo por el cual decidieron medir la saturación de oxígeno, encontrándose en 94%, presentó también picos febriles y expectoraciones amarillentas.

- Antecedentes patológicos presenta síndrome de West, secuela de parálisis cerebral infantil, postrado crónico, refiere haber presentado la enfermedad causada por el SARS CoV2 hace 2 meses, niega otras patologías, niega cirugías previas, niega reacciones alérgicas a medicamentos.
- Medicación habitual: ácido valproico 800 mg, 4 cc vía oral cada 12 horas.
- Al examen físico: FC 120 latidos por minuto, FR 20 respiraciones por minuto, PA 110/60 mmHg, T°: 38.7°C. SatO2: 94%.

General: regular estado general, regular estado nutricional.

Piel y mucosas: palidez, tibia, elástica, húmeda, llenado capilar menor de 2 segundos; mucosas húmedas, pálidas.

TyP: murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares, se auscultan crépitos espiratorios, escasa movilización de secreciones.

CV: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda; ruidos hidroaéreos presentes.

Genitourinario: PPL (-), PRU (-).

Neurológico: paciente postrado crónico, reactivo a estímulos.

Se le realiza tomografía de tórax, posterior a eso se piden

exámenes de laboratorio y se hospitaliza.

Los laboratorios muestran valores de pcr elevados, perfil hepático dentro de parámetros normales, perfil de coagulación sin alteraciones, dímero D ligeramente elevado, análisis de gases arteriales con Ph 7,38, Pco2 48,8 mmHg y el resto sin alteraciones, en el hemograma observamos leucocitosis con desviación izquierda.

- En la TAC de Tórax se evidencia: cuadro de consolidación basal posterior con atelectasia en lóbulo superior e inferior derecho que podría corresponder a episodio de neumonía por aspiración.

- Impresión diagnóstica:

Neumonía aspirativa.

Atelectasia en lóbulo superior e inferior derecho.

El servicio de Neumología evalúa al paciente: se inicia tratamiento antibiótico con Ampicilina/Sulbactam, se agrega bromuro de ipratropio y oxígeno por cánula binasal solo si la saturación desciende de 92%.

El servicio de Neurología también evalúa al paciente debido a su condición, sugieren mantener la dosis de ácido valproico y diazepam 10 mg vía endovenosa condicional a crisis epiléptica que dure más de 3 minutos.

Posterior al tratamiento se le indicó 6 sesiones de terapia respiratoria y 10 sesiones de terapia física, el servicio de Medicina Interna al evaluar al paciente decide hacer interconsulta a la unidad de soporte nutricional artificial ya que el paciente tiene como antecedente ser postrado crónico, este servicio le indica fórmula proteica y módulo de fibras para mejorar su nutrición. También se hicieron controles laboratoriales según su evolución, una vez que se terminó el

tratamiento antibiótico y las terapias físicas y respiratorias, el paciente salió de alta hospitalaria.

En este caso, el paciente presenta Síndrome de West, secuela de Parálisis Cerebral Infantil y una previa infección por el SARS CoV 2 como antecedentes, estas condiciones hacen que se pierda su capacidad de proteger la vía aérea inferior, volviendo al paciente vulnerable a generar una neumonía por aspiración, la mejor forma de prevenir la aspiración en estos pacientes es un cambio en la dieta, mantener elevada la cabeza, retracción del mentón aunque la evidencia que avale esto es escasa. En casos como este, la broncoscopia podría ser necesaria para eliminar el contenido extraño, pero en la práctica actual no lo indican en pacientes frágiles o ancianos.

## **CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA.**

### **CASO CLÍNICO 3.1**

Paciente varón de 38 años quien acude a emergencias tras referir que desde hace aproximadamente 15 horas presenta dolor en epigastrio el cual desciende a fosa iliaca derecha. Agrega que como su padre es enfermero le aplicó analgesico, cuyo nombre no recuerda, una sola vez cuando inició el cuadro clínico. Por último agrega que desde entonces no presenta apetito y náuseas aparecen de manera intermitente desde el inicio de cuadro clínico. Al ver que con el analgesico el cuadro clínico no mejora, decide acudir a CEMENA.

- El paciente niega antecedentes patológicos, reacciones adversas medicamentosas, niega cirugías.
- Al examen físico: FC: 88 latidos por minuto, FR:22 respiraciones por minuto, PA: 130/90 mmHg, T: 38.1°C.

Piel y mucosas: piel caliente, elástica, húmeda, con llenado

capilar < 2", no presentaba palidez. No ictericia, no cianosis.

TyP: Murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Amplexación conservada.

CV: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

Abdomen: blando, depresible, Ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la palpación, localizado en fosa iliaca derecha, signo de Blumberg (negativo), signo de Rovsing (Dudoso), Mc Burney (Positivo) no signos peritoneales.

Genitourinario: PPLr (-), PRU (-).

Neurológico: orientado en tiempo, espacio, persona; Escala de Glasgow 15/15. No se evidencian signos de focalización

Después de la evaluación en tópico de emergencias se le decide pasar a observación donde se le solicitan laboratorios y un estudio de tomografía abdominal con contraste.

- Resultados de exámenes auxiliares:

Hemograma: hemoglobina 12.7 g/dL, hematocrito 35.2%, leucocitos  $21.00 \times 10^3/\text{mm}^3$ , plaquetas  $205\ 000/\text{mm}^3$ , segmentados 83%, linfocitos 19%.

Proteína C reactiva: (+) 120 mg/L.

Examen de orina: valores dentro rangos normales.

Urea 33.3 mg/dL.

Creatinina 0.8 mg/dL.

TAC abdominal con contraste muestra: dilatación del apéndice cecal y cambios sugestivos de proceso inflamatorio a nivel de grasa pericólica.

Una vez en observación se cursa la interconsulta a cirugía general donde solicitan los riesgos prequirúrgicos para entrar a

la apendicectomía laparoscópica debido a que contaba con un score de Alvarado de 5-6 pese haber sido tratado con analgésico y contaba con una tomografía abdominal con contraste positiva.

Se realiza una apendicectomía laparoscópica donde se evidencia apéndice cecal de 80mmx3mm congestiva con base indemne. Líquido libre en cavidad, aproximadamente 20cc sero-purulento. Evolución postoperatoria es favorable, se le da de alta a las 48 horas.

El uso de analgésicos en síndrome doloroso abdominal no está recomendado hasta que el diagnóstico sea establecido. Esto es debido a que las características del dolor, ya sea la presentación, intensidad, irradiación, que lo alivia o que lo exacerba serán de gran utilidad para llegar a una orientación diagnóstica. Es muy frecuente que los pacientes hagan uso de analgésicos, antiespasmódicos o relajantes musculares previo a acudir al centro de salud. Esto hará, como en el caso mencionado anteriormente, que algunos puntos dolorosos no sean tan evidentes como uno esperaría tras cierta cantidad de horas con manifestaciones clínicas (21).

Una buena anamnesis es importante, para hacer tu listado de diagnósticos diferenciales más estrecho. Preguntas importantes al abordar un síndrome doloroso abdominal agudo, son características del dolor, comorbilidades, cirugías previas y uso de medicamento habitual. Estas 4 preguntas serán fundamentales para hacer el abordaje diagnóstico (22).

La apendicitis aguda es la patología quirúrgica más común del mundo, por lo que es también la más estudiada con signos clínicos altamente específicos y sensibles. Si bien es cierto que la presentación clínica es variable según el grupo poblacional con el que trabajemos, en la mayoría de los casos es bastante

sencillo hacer el diagnóstico con una buena anamnesis y examen clínico (23).

Debido a que el diagnóstico es netamente clínico, un score de Alvarado mayor a los 6 puntos es suficiente para realizar una intervención quirúrgica. La facilidad que tenemos en CEMENA es que contamos con tomografías a disposición si es que existiera alguna duda en el diagnóstico; sin embargo, consideramos que debería hacerse uso de este examen auxiliar sólo en situación estrictamente necesarias.

### **CASO CLÍNICO 3.2.**

Paciente varón de 45 años, que acude a emergencia por presentar una masa a nivel de saco escrotal la cual protruye a esfuerzos físicos y se reduce espontáneamente. Agrega que hace aproximadamente 4 horas la masa “sigue afuera y ya no vuelve a entrar”, motivo por el cual acude a emergencias.

- Al Examen Físico: FC: 92 latidos por minuto, FR: 20 respiraciones por minuto, PA: 120/90 mmHg T: 36.7°C, SatO<sub>2</sub>: 97%.

Piel y mucosas: mucosas tibias, húmedas, con llenado capilar < 2”, No cianosis y no palidez.

TyP: Murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Amplexación conservada.

CV: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos. Pulsos periféricos presentes.

Abdomen: blando, depresible, Ruidos hidroaéreos presentes.

Genitourinario: PPL (-), PRU(-).

Región inguinal Derecha: tumoración de aproximadamente 4 x 5 cm, sensible a la palpación, dolor de leve intensidad (3-10), tibia, que no reduce manualmente. Landivar (-) sin signos de

flogosis, sin cambios de coloración.

Neurológico: orientado en tiempo, espacio, persona; Escala de Glasgow 15/15. No signos de focalización y no signos meníngeos.

Debido a que después del examen físico paciente refiere tener dolor de intensidad 4/10 en región inguinal se le administra 50 mg de tramadol SC STAT.

Se le pasa a observación y se le solicita una ecografía y laboratorios prequirúrgicos.

- En la ecografía: se evidencia se aprecia dilatación del anillo inguinal profundo por donde protruye saco herniario. Al doppler no se evidencia que la masa de 4.5 x 4cm sea vascularizada.

Luego de revisar que los laboratorios prequirúrgicos y riesgos quirúrgicos se encontraran completos se le programó una cirugía a las 7:00 am del día siguiente debido a que justo antes de acudir a emergencia había cenado de manera contundente.

Al día siguiente entra en el primer turno operatorio donde se le realiza una hernioplastia con malla de propileno a lo Lichtenstein. Sin mayor interurrencias.

Al día siguiente paciente refiere sentir dolor leve 3/10 en herida operatoria. No se evidencian signos de flogosis, no fiebre y no secreciones. Se evidencian ambos testículos en saco escrotal, no impresiona hidrocele.

A las 48 horas post hernioplastia, paciente se encuentra casi sin dolor en región abdominal (inguinal) no se evidencian masas, no secreciones y no hidrocele. Enfermería no reporta pico febril durante su estancia hospitalaria y no necesidad de dosis de analgésico de rescate.

Debido a que las altas para el personal en actividad deben ser

efectuada antes de las 11.00 am se le da de alta al día siguiente sin mayor interurrencias.

Las hernias son protrusión del contenido abdominal mediante una zona de debilidad en la pared. Esto se basa en el principio de pascal ya que este menciona que la presión que ejerza (intraabdominal) en un punto de la pared se distribuirá a lo largo de toda esta (24).

La hernia abdominal más común es la inguinal y de estas la más frecuente es la indirecta las cuales protruyen por el anillo inguinal profundo y puede extenderse hasta el saco escrotal en el caso de los hombres (25).

La manifestación clínica más frecuente es la sensación de masa la cual se puede presentar a esfuerzos o mantenerse de manera persistente en la pared abdominal. Muchas veces los pacientes no acuden a los centros de salud debido a que no trae manifestaciones clínicas. Los pacientes suelen acudir cuando la masa no regresa espontáneamente, evidencian cambios de coloración o presentan dolor intenso, a este tipo de hernias se les denomina encarcerada o estrangulada respectivamente.

El abordaje terapéutico con menos recidiva es conocido como Hernioplastia con malla de Propileno, conocido también como técnica de Lichtenstein (26). Las bases del procedimiento se establecen bajo la premisa de cubrir el defecto anatómico con una malla de propileno, suturando desde el ligamento inguinal al tendón conjunto.

### **CASO CLÍNICO 3.3**

Paciente mujer de 41 años conocida por el servicio tras haber acudido anteriormente por presentar cólicos biliares los cuales remitieron con analgésicos y dieta hipograsa. Acude con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 8 horas caracterizado por dolor abdominal intenso tipo cólico y

sensación de alza térmica los cuales no ceden con paracetamol.

Como antecedente de importancia refiere haberse hecho de manera particular una ecografía donde refieren que tiene cálculos “pequeños” en la vesícula y barro biliar. Agrega que médico particular le dijo que no era necesario realizar ninguna intervención quirúrgica por lo que no le prestó atención a los resultados.

Acude a CEMENA debido a que el dolor en hipocondrio se vuelve más intenso y persistente.

- Niega cirugías previas, niega enfermedades crónicas, niega reacciones adversas medicamentosas.
- Al Examen Físico: FC: 80 latidos por minuto, FR: 19 respiraciones por minuto, PA: 110/70 mmHg, T: 38.3°C.

Piel y mucosas: tibia, hidratada y elástica con llenado capilar menor a 2 segundos. No se evidencia ictericia y no se evidencia palidez.

TyP: Murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Amplexación conservada sin uso de musculatura accesoria.

CV: Ruidos Cardiacos Rítmicos, de buena intensidad, no se aprecian soplos y pulsos periféricos se encuentran presentes.

Abdomen: blando, depresible, Ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la palpación profunda, localizado en hipocondrio derecho y epigastrio. Signo de Murphy (+).

Genitourinario: PPL (-), PRU (-).

Neurológico: orientado en tiempo, espacio, persona; Escala de Glasgow 15/15. Paciente se muestra alerta y conectada con el entorno, participa de manera activa en la entrevista.

Debido al antecedente de la paciente y por referir una ecografía

previa, los estudios diagnósticos fueron más dirigidos a una colecistitis.

Se le pasa a observación donde se le solicitan laboratorios: perfil hepático, hemograma completo, glucosa, urea y creatinina. Se le agrega prueba de antígeno para COVID 19, sedimento urinario y pruebas serológicas como parte del estudio pre-quirúrgico.

Debido a que la paciente acude temprano por el día, se le solicita al ecografista de turno que le realice una ecografía abdominal completa donde se evidencia: “Doble contorno de pared vesicular”, presencia de dos cálculos de 4 y 5 mm respectivamente y barro biliar. Murphy ecográfico (+). Concluye el informe con “Signos ecográficos de colecistitis aguda” y resto de órganos sin alteraciones significativas.

- Resultados de Laboratorio:

Hemograma: hemoglobina 11.7g/dL, hematocrito 35%, leucocitos 14.00  $10^3$ xmm<sup>3</sup>, plaquetas 199 000/mm<sup>3</sup>, segmentados 75%, linfocitos 26%.

Perfil Hepático sin alteraciones.

Examen de orina: valores dentro de rangos normales.

Urea 30.3 mg/dL.

Creatinina 0.6 mg/dL

Serológicos negativos

Paciente es programada como cirugía de “emergencia”; sin embargo, el servicio de ginecología tuvo una cesárea de emergencia y se pospone intervención quirúrgica. Se realiza al día siguiente una colecistectomía laparoscópica sin mayor interurrencias durante el acto operatorio.

Durante el post operatorio no se aprecian complicaciones y es dado de alta a las 48 horas con una cita dentro de 7 días para

evaluar heridas de puertos operatorios y retiro de puntos. Esto se realiza de manera ambulatoria.

La colecistitis aguda es una condición inflamatoria de la vesícula biliar, causada por cálculos en alrededor del 90% de los casos, y es una de las enfermedades más comunes en los servicios de cirugía general de nuestro país y del mundo (27).

La colecistectomía laparoscópica sigue siendo el tratamiento estándar actual para la colecistitis aguda y la duración de este procedimiento se asocia con algunos resultados clínicos (27). Se practica mejor dentro de las primeras 72 horas después de que aparecen los síntomas, pero esto rara vez es posible en nuestro medio.

A su vez es importante contemplar las comorbilidades y severidad de la clínica del paciente para poder decidir la realización del acto quirúrgico (28). En el hospital naval es poco frecuente que no se cuente con una sala de operaciones de emergencias disponible por lo que los casos que deben ser intervenidos precozmente, salvo que se presente una cesárea de emergencia.

#### **CASO CLÍNICO 3.4.**

Paciente mujer de 50 años acude a urgencias por presentar dolor intenso al defecar desde hace aproximadamente 5 días. Refiere que evidencia rastros de sangre “rojo viva” en ropa interior. Como antecedente la paciente refiere ser “un poco estreñida” y debido a esto, cuando no realiza deposiciones por más dos o tres días, hace uso de un laxante natural “Ciruelax”.

- Antecedentes:

Diabética en tratamiento con Metformina 750 mg desde hace 5 años, Hipertensa desde hace 5 años sin tratamiento. Refiere que discontinuó tratamiento debido a que con “dietas

naturales” manejaba buenas presiones, un parto eutócico hace 21 años y un parto institucional (CEMENA) sin complicaciones. Niega cirugías previas y niega reacciones adversas medicamentosas.

- Al Examen Físico: FC 70 latidos por minuto, FR 20 respiraciones por minuto, PA 130/90 mmHg, T: 36.2°C y SatO<sub>2</sub> 97%.

Piel y mucosas:T/H/E con llenado capilar <2’, no se aprecia palidez.

TyP: Murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cv: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

Abdomen: blando, depresible, Ruidos hidroaéreos presentes, conservados en intensidad y frecuencia. No doloroso a la palpación superficial ni profunda. No se palpan masas.

Genitourinario: PPL (-), PRU (-).

Tacto Rectal: En línea media posterior se observa solución de continuidad de aproximadamente 1 cm con signos de flogosis y sin sangrado activo. Al tacto rectal se evidencia esfínter normotónico, no se palpan masas. Punta de dedo de guante limpio.

Neurológico: Localizada en tiempo, espacio y persona.

Luego del examen se le realiza una interconsulta al servicio de cirugía para que confirmen el diagnóstico y le ofrezcan un tratamiento definitivo a la paciente.

Cirugía vuelve a examinar al paciente quien confirma el diagnóstico de una fisura anal. Agregan que en estos momentos no es posible realizar una esfinterotomía debido que hay aún evidencia de un cuadro agudo por lo que es programada

dentro de 7 días para un control de la lesión por su servicio,

Se le coloca una ampolla de tramadol SC de 50 mg debido a que refiere dolor intenso luego de los exámenes físicos.

Previo al alta se le recomienda hacer baños de asiento y mejorar la dieta con un consumo alto en fibra y abundante hidratación. Para el dolor e inflamación se le indica el uso de ibuprofeno 400 mg dos veces al día acompañado a Paracetamol 500 mg vía oral condicional a dolor intenso.

Este caso clínico se presta para ser analizado desde un punto de vista académico debido a que presenta las manifestaciones clínicas más comunes. Es una patología bastante frecuente, sobre todo en poblaciones que tienen problemas de estreñimiento y/o una dieta baja en fibra. Aunque la etiología de la enfermedad se encuentra aún en debate (29). Si bien muchos estudios han demostrado un aumento de la presión en el canal anal en personas con fisuras anales, no está claro qué sucede primero: fisura anal o aumento de la presión rectal. Algunos autores también plantean la hipótesis de que las fisuras anales son el resultado de un proceso infeccioso (30).

El tratamiento de elección para esta patología es la esfinterotomía lateral interna (abierta o cerrada) la cual es descrita por *Ilan Kent* en un trabajo publicado en Rev. argent. cir. vol.112 no.4 Cap. Fed. dic. 2020, como un proceso el cual “con la ayuda de un retractor anal se identifica el esfínter interno y el surco interés fintérico. Luego se realiza una incisión en la piel perianal que recubre el surco interesfinteriano. Se introduce un instrumento delicado en el plano interesfinteriano y se aísla el esfínter interno hasta la línea pectínea para luego dividir el esfínter interno con tijeras delicadas o electrocauterización”.

Sin embargo lo mencionado anteriormente no es posible si nos encontramos frente a un cuadro agudo, con signos de aumento

de volumen, sangrado activo y/o signos de infección de la herida, la cual suele ubicarse con mayor frecuencia en la línea media posterior. Lo recomendado es uso de analgésicos, mejorar la dieta y baños de asiento 3 veces al día. Luego de esto se reevalúa al paciente y la lesión para que sea programada para la cirugía.

## **GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.**

### **CASO CLÍNICO 4.1.**

Paciente mujer de 32 años, con 39 semanas 4/7 de gestación por fecha de última regla, G1 P 0000, 6 controles prenatales, con un tiempo de enfermedad de 4 horas, acude a emergencia por dolor en el abdomen inferior, refiere pérdida del tapón mucoso; niega sangrado y refiere ligeras contracciones.

- Antecedentes:

Niega reacciones adversas medicamentosas.

Apendicectomía hace 4 años.

- Al Examen Físico: FC 75 latidos por minuto, FR 18 respiraciones por minuto, PA 110/70 mmHg y T 37.2°C.

Piel y mucosas: tibia, hidratada, elástica, con llenado capilar < 2", no palidez.

TyP: Murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

CV: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

Abdomen grávido: Ruidos hidroaéreos presentes, altura uterina 35cm, latidos cardiacos fetales: 133 por minuto.

Genitourinario: PPL (-), PRU (-).

Tacto vaginal: dilatación de 3 cm, incorporado 80%, presentación -3, membranas íntegras, sin sangrado.

Neurológico: orientada en tiempo, espacio, persona; Escala de Glasgow 15/15.

Después de la clínica presentada, pasa a observación para trabajo de parto, se le solicitan laboratorios en caso sea necesario realizar una cesárea, la paciente comenta que desea un parto natural en lo posible.

Las contracciones aumentan su frecuencia, luego de 2 horas se le realiza un tacto vaginal encontrando una dilatación de 5 cm, incorporación al 90%, membranas íntegras, presentación -2, pelvis ginecoide, la paciente se encuentra en fase activa de trabajo de parto. Con el paso de 3 horas, se encuentra una dinámica uterina: 4/10 , intensidad +++/35 segundos, se le realiza un nuevo tacto vaginal encontrando una dilatación de 8 cm, incorporado 100%, presentación -2, variedad de presentación: occipito iliaca izquierda anterior. 15 minutos después la paciente presenta ruptura espontánea de membranas. Se le realiza un nuevo tacto vaginal luego de 1 hora en el cual se encuentra dilatación: 10 cm, incorporado 100%, membranas rotas con líquido amniótico claro, altura de presentación: 0, con una variedad de presentación: occipito iliaca izquierda anterior, en este momento nos encontramos en la fase expulsiva del trabajo de parto y la paciente pasa a sala de parto.

Durante la fase expulsiva, luego de la salida del hombro del producto, se coloca 10 ui de oxitocina endovenosa para realizar el alumbramiento dirigido, se encuentra una placenta variedad Schultz de 400g con membranas y cotiledones completos, un cordón umbilical con dos arterias y una vena, sin alteraciones. El producto es un recién nacido a término de 39ss según capurro,

adecuado para la edad gestacional.

La madre no presenta complicaciones, el recién nacido pasa a alojamiento conjunto.

Este es un caso de un parto eutócico sin complicaciones y de evolución favorable en una primigesta con adecuados controles prenatales, un parto eutócico sin complicaciones nos asegura una recuperación pronta y el contacto de la madre con el recién nacido es inmediato. Los controles prenatales son esenciales en las gestantes para disminuir los factores de riesgo, detectar a tiempo problemas de salud de la madre y tratar a tiempo las anomalías congénitas que se puedan presentar. Lo ideal es que una gestante reciba al menos seis controles prenatales (31).

En este establecimiento de salud se llevan a cabo controles prenatales de forma virtual y presencial para poder brindar una mejor atención a nuestras gestantes y evitar complicaciones.

#### **CASO CLÍNICO 4.2.**

Paciente mujer de 26 años acude a emergencias con un tiempo de enfermedad de 6 horas, caracterizado por presentar dolor en hemiabdomen inferior, sensación de alza térmica, refiere tener conductas sexuales de riesgo, niega uso de métodos de barrera y refiere no tener una pareja estable, reporta presentar flujo abundante hace 3 días, no recuerda su fecha de última regla, menarquia a los 14 años, última relación sexual hace 5 días.

- Antecedentes:

Niega reacciones adversas medicamentosas, niega enfermedades crónicas, niega cirugías previas.

- Al Examen Físico: FC 95 latidos por minutos, FR 19 respiraciones por minuto, PA 115/70 mmHg y T: 38,6°C.

Piel y mucosas: mucosas tibias, húmedas, con llenado capilar

< 2", no presentaba palidez.

TyP: Murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

CVr: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes y conservados, doloroso a la palpación en cuadrante inferior derecho. Mcburney (-).

Genitourinario: PPL (-).

Tacto vaginal: dolor a la movilización de anexos, flujo espumoso.

Neurológico: Escala de Glasgow 15/15, despierta.

Se solicita hemograma automatizado, urea, creatinina, pruebas serológicas, sedimento urinario y urocultivo, vsg y pcr. Se solicita ecografía abdominal.

- Impresión diagnóstica:

Síndrome doloroso abdominal:

Descartar enfermedad pélvica inflamatoria.

Descartar apendicitis aguda.

La paciente pasa a observación a espera de resultados para ver el manejo a seguir.

- En la ecografía abdominal encontramos un apéndice normal y escaso líquido libre en la cavidad. Los laboratorios muestran una vsg y pcr elevada, y un hemograma con leucocitosis con desviación izquierda, perfil hepático y perfil renal sin alteraciones, urea y creatinina sin alteraciones, examen de orina no patológico.

Se confirma el diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria, se maneja la sintomatología de la paciente y recibe tratamiento domiciliario con ceftriaxona 250 mg intramuscular dosis única, doxiciclina 100mg cada 12 horas por 14 días y metronidazol 500mg cada 12 horas por 14 días.

La enfermedad pélvica inflamatoria tiene como etiología dos patógenos importantes: *Neisseria Goenorrhoeae* y *Chlamydia Trachomatis*. El CDC la define como un síndrome agudo debido al ascenso de microorganismos de la vagina o el cuello uterino al endometrio, trompas uterinas y en ocasiones a las estructuras vecinas. La clasificación se basa en el grado de evolución de la enfermedad, desde una salpingitis sin pelviperitonitis hasta un absceso tubo-ovárico roto en el cual el manejo será quirúrgico. El factor de riesgo más importante es tener múltiples parejas sexuales y mantener relaciones sexuales sin métodos de barrera (32).

La prueba GOLD STANDAR de una enfermedad pélvica inflamatoria es la laparoscopia, pero al ser invasiva, lo ideal hubiera sido pedir un ecografía transvaginal en esta paciente para poder detectar anomalías en las trompas o en los ovarios. La enfermedad pélvica inflamatoria tiene criterios diagnósticos como el dolor a la movilización de anexos, dolor en hemiabdomen inferior, fiebre, elevación de la vsq, leucocitosis, masa inflamatoria por palpación y/o ecografía.

En este caso, la paciente contaba con los factores de riesgo y con los criterios de una enfermedad pélvica inflamatoria leve, se le dio tratamiento antibiótico y sintomatológico ambulatorio.

En nuestra sociedad debemos dar un adecuado manejo a las enfermedades pélvicas inflamatorias debido a que la complicación más común a largo plazo es la infertilidad.

### **CASO CLÍNICO 4.3**

Paciente mujer de 24 años de edad acude a emergencias por presentar sangrado rojo rutilante hace 2 horas asociado a dolor en hemiabdomen inferior, refiere 16 semanas de gestación por fecha de última regla, la paciente nos comenta que el malestar comenzó luego de realizar ejercicios físicos intensos.

- Antecedentes:

Niega antecedentes quirúrgicos, niega enfermedades crónicas, niega reacciones adversas a medicamentos, el antecedente de importancia es un aborto espontáneo hace 3 años.

- Al Examen Físico: FC 79 latidos por minuto, FR 19 respiraciones por minuto, PA 120/70 mmHg y T: 37.1°C.

Piel y mucosas: mucosas tibias, húmedas, con llenado capilar < 2 segundos.

TyP: Murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes y conservados, blando y depresible, no doloroso a la palpación.

Genitourinario: PPL (-), PRU (-).

Especuloscopia: se evidencia escaso sangrado no activo, tipo rojo rutilante, cérvix cerrado.

Neurológico: orientada en tiempo, espacio, persona; Escala de Glasgow 15/15.

Después de la evaluación inmediatamente se le hace una ecografía transvaginal donde visualizamos la actividad cardiaca del embrión.

- Impresión diagnóstica:

Amenaza de aborto.

El tratamiento en el caso de la paciente consiste en manejar el dolor con Hioscina 10mg cada 8 horas, reposo absoluto, progesterona 200 mcg vía vaginal cada 12 horas por 7 días y luego un control por el servicio de Ginecología y Obstetricia.

La progesterona es una hormona que tiene como función mantener al útero relajado y suprime las contracciones uterinas. El tratamiento con progestágenos es efectivo para disminuir la tasa de abortos en mujeres con amenaza de aborto espontáneo (33).

La amenaza de aborto sucede antes de las 22 semanas de gestación, existen múltiples factores de riesgo para un aborto espontáneo como el alcohol, las drogas, antecedente de aborto espontáneo, miomas. El pronóstico de una amenaza de aborto es bueno cuando se resuelve el sangrado y el dolor, por eso lo ideal es el reposo absoluto y evitar las relaciones sexuales, al menos el 50% de las amenazas de aborto van a terminar en un aborto retenido o incompleto si no se trata a tiempo (34).

#### **CASO CLÍNICO 4.4**

Primigesta de 28 años, con 12 semanas de gestación por fecha de última regla acude a emergencias por presentar vómitos hace 3 días, no tolera sólidos ni líquidos, refiere haber bajado 5 kilogramos en este lapso, no sangrado, no presenta otras molestias.

- Antecedentes:

Niega cirugías, niega enfermedades crónicas, niega reacciones adversas medicamentosas.

- Examen Físico: FC 115 latidos por minuto, FR: 17

respiraciones por minuto, PA 90/60 mmHg y T: 36,8°C.

Piel y mucosas: frías , secas, con llenado capilar <2, palidez.  
Mucosas secas.

TyP: Murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

CV: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: distendido, ruidos hidroaéreos presentes y conservados, no doloroso.

Genitourinario: PPL (-), PRU (-).

Neurológico: orientada en tiempo, espacio y persona; Escala de Glasgow 15/15.

En el hemograma encontramos una ligera hiponatremia, la glucosa, urea y creatinina dentro de rangos normales, el perfil tiroideo y hepático se encuentran sin alteraciones, en el examen de orina no se observa infección urinaria, se observa cetonuria.

- Impresión diagnóstica:

Hiperémesis gravídica.

Posterior a esto la paciente pasa a hospitalizarse.

El manejo inicial es : NO por 48 horas, hidratación endovenosa con dextrosa al 5%, dimenhidrinato 50 mg ev cada 8 horas, ranitidina 50 mg ev cada 8 horas, hioscina 20 mg ev cada 8 horas. Luego de 48 horas la paciente pasó a una dieta seca fraccionada y la toleró, motivo por el cual se plantea su alta con gestagramin (Doxilamina + piridoxina) 10 mg cada 12 horas.

La hiperémesis gravídica se presenta con un cuadro de vómitos que conducen a un desequilibrio hidroelectrolítico y pérdida de peso superior al 5%, afecta al 1% de gestantes, apareciendo

principalmente en el 1er trimestre de gestación, la teoría más aceptada en el caso de esta patología es la hormonal por los altos niveles de BHCG, el tratamiento consiste en la reposición hidroelectrolítica, la piridoxina es efectiva en la reducción de la gravedad de los síntomas al igual que la Doxilamina. Una de las complicaciones de esta patología es la encefalopatía de Wernicke por déficit de la vitamina B1 (35).

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

El centro médico naval administrado por DISAMAR (Dirección de sanidad de la marina de guerra del Perú) establece los tipos de usuarios que pueden ser atendidos en los establecimientos pertenecientes a dicha fuerza armada. Primero contamos con todo personal militar, tanto oficiales como personal subalterno, luego con aquellos que se encuentran preparándose para formar parte de la marina de guerra como son los cadetes y alumnos de los distintos centros de formación. Por último se cuenta con aquellos familiares o derechoabientes que se encuentren registrados en la dirección personal de marina. Normalmente esperamos encontrar a familiares de primera línea tales como padres, madres, hijos o hijastros.

El CEMENA se encuentra ubicado en la Av. Venezuela s/n en el distrito de Bellavista - Callao. Es un centro de salud de alta complejidad, catalogado como III-1, por lo que puede recibir pacientes referidos de centros de menor complejidad. Es importante agregar que es uno de los centros pioneros en los trasplantes de órganos a nivel nacional y es uno de los pocos hospitales equipados con dos tomógrafos y un resonador de alta gama.

El hospital naval cuenta también con una unidad de soporte nutricional artificial que se encarga de la alimentación de pacientes en estados críticos, pacientes con nutrición enteral o

sometidos a cirugías extensas, pacientes oncológicos, dándoles así una pronta recuperación y una mejor calidad de vida.

El hospital cuenta con consultorios externos que por pandemia se han visto limitados en cuanto al aforo, cuenta con especialidades como cirugía de cabeza y cuello en la cual se realizan procedimientos menores 3 veces por semana, cuenta con una emergencias de adultos y una de pacientes pediátricos, cuenta con un ambiente externo en el cual se hace triaje a todo paciente con sintomatología respiratoria para poder tener un manejo sin riesgos. En la actualidad, a pesar de la pandemia, cuenta con internos del área de nutrición, enfermería, medicina, odontología y farmacia.

El hospital ofrece las especialidades de cirugía y Anestesiología, Pediatría, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Odontología, Neurología, Dermatología, Oftalmología, Gastroenterología, Endocrinología, Otorrinolaringología, Reumatología, Cardiología, Infectología, Urología, Neurocirugía, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Radiología, Laboratorio, Nutrición, Enfermería, Apoyo al diagnóstico y Apoyo al tratamiento, al igual que áreas de Trauma Shock, Unidad de Cuidados Intensivos y Unidad de Cuidados Especiales.

Por otro lado, el nosocomio cuenta con 3 ambulancias de nivel III para el traslado de pacientes a tratamientos que no son ofrecidos en el centro de salud como en el caso de urolitiasis, la indicación de LEOC. El uso de ambulancias puede ser coordinado por el personal de enfermería previo al alta de los pacientes cuando no van a poder ser movilizados por familiares.

Al encontrarnos en un centro de alta complejidad las referencias a otros hospitales son reservadas para casos extremos como en los pacientes oncológicos pediátricos cuando tienen que ser derivados al INEN o en casos que nuestros equipos de ayuda

diagnóstica como tomografía o resonador magnético se encuentren en mantenimiento.

Nosotros los internos contamos con el área de habitabilidad donde se encuentran los cuartos de descanso, una cafetería que nos brinda desayuno, almuerzo y cena, una retribución mensual. Debido a la pandemia causada por el virus SARS CoV2, las especialidades se han dividido en área covid y no covid, limitándose así el número de pacientes y las funciones que desempeñan los internos. Se mantienen las rotaciones por los cuatro servicios como antes de la pandemia: medicina interna, cirugía, ginecología y pediatría, muchos pacientes han dejado de realizar sus monitores o controles de manera ambulatoria por lo que ahora, al ya estar la mayoría inmunizado con 2 o 3 dosis, acuden a emergencias con enfermedades crónicas reagudizadas, descompensadas o mal tratadas. Es por esto que el área de emergencias ha tomado un rol fundamental en lo que es la captación de pacientes nuevos y recuperación de pacientes conocidos por los distintos servicios. Esto tiene un impacto positivo en la población del centro de salud debido que a mejor monitoreada estén, menos complicaciones severas presentan por lo que tendrá un mejor impacto en su salud y administrativamente hablando, una disminución de costos. Por la contraparte, también se evidencian casos de pacientes que llegan al hospital completamente descompensados y son hospitalizados, y en el caso de los pacientes oncológicos un desarrollo de la enfermedad el cual altera por completo la expectativa del paciente. Con respecto al desarrollo de las actividades académicas para los internos y residentes. Estas se realizan de manera virtual para evitar grupos grandes de personas en espacios cerrados. Estas actividades buscan afianzar conocimientos o repasar las patologías más comunes que los internos ven en el nosocomio.

### **CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

Como bien se ha mencionado anteriormente, el desarrollo del internado se ha llevado a cabo de manera distinta a años anteriores, con un proceso de aprendizaje abrupto y con ciertas limitaciones en las prácticas clínicas.

Sin embargo consideramos que hacer un análisis de la experiencia vivida en estos últimos meses nos permitirá reconocer qué actitudes deberemos mantener a lo largo de nuestra vida profesional y por lo contrario, reconocer aquellas acciones poco favorables para evitarlas.

Las habilidades que lograron desarrollar los internos de medicina en este establecimiento de salud fue aprender a detallar una historia clínica, examinar a los pacientes minuciosamente, una evolución diaria. La rotación de Pediatría y Neonatología fue de suma importancia en nuestro desarrollo debido a que adquirimos la capacidad de manejar a un recién nacido, evaluar detalladamente su evolución, reconocer las patologías pediátricas más frecuentes en nuestro establecimiento y tratarlas, manejar adecuadamente las patologías en la emergencia como las crisis asmáticas, rinitis, enfermedad diarreica aguda, constipación.

La rotación de medicina interna fue una base fundamental para plasmar nuestros conocimientos teóricos y prácticos, en esta rotación adquirimos la habilidad de interpretar exámenes laboratoriales y correlacionar esto con la clínica del paciente, la

toma de análisis de gases arteriales, la evaluación diaria en pacientes agudos, el manejo de las patologías más comunes en nuestro país.

La rotación en Cirugía general y Traumatología fue una de las más beneficiosas para los internos de medicina, adquirimos la habilidad de curar heridas, cambios de bolsas de ostomías, cambio de sonda foley, colocación y retiro de yesos, férulas, suturas simples y complejas como la intradérmica realizada en sala de operaciones bajo supervisión de nuestros residentes, identificar las patologías más comunes por medio de un examen físico, confirmar el diagnóstico con ayuda de exámenes auxiliares, en esta rotación, los internos de medicina son de suma ayuda para asistir al momento de las cirugías, de esa manera se pueden reforzar los conocimientos teóricos.

En la rotación de Ginecología y Obstetricia, los internos aprendieron a evaluar a las gestantes desde el comienzo del trabajo de parto por medio del tacto vaginal, los procedimientos realizados durante el parto eutócico y cesárea, la identificación el manejo de las patologías más comunes como la hiperémesis gravídica, las amenazas de aborto, las infecciones urinarias, las infecciones de transmisión sexual, el síndrome de ovario poliquístico, la enfermedad pélvica inflamatoria.

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

Creemos que el internado médico a pesar de haberse realizado en las condiciones mencionadas en los capítulos anteriores conforma una pieza fundamental en el desarrollo profesional médico.

Si bien académicamente logramos desarrollarnos plenamente, es importante recalcar para las futuras generaciones que estarán en nuestra situación que la habilidad más importante a desarrollar es la capacidad para trabajar en equipo de manera eficiente. Y más aún cuando somos 80 internos distribuidos en 4 rotaciones.

La primera rotación a la cual nos tocó asistir fue Ginecología. Realmente fue un reto tratar de entender el manejo de las gestantes ya que en el año 2021 llevamos las clases virtuales y creemos que no fueron suficiente para alcanzar todas las aptitudes esperadas. En el hospital naval se ven más patologías obstétricas que ginecológicas por lo que si se está buscando aprender el manejo de las gestantes y el trabajo de parto en todas sus fases con poco pacientes, el hospital naval es un centro recomendado.

La siguiente rotación fue Pediatría, la cual se divide en tres segmentos: hospitalización, emergencia pediátrica y neonatología. Consideramos que estas 3 rotaciones cubren las patologías más comunes en la población pediátrica. En

emergencias se aprende el manejo inicial y criterios de severidad de patologías como crisis asmática, enfermedad diarreica aguda y rinofaringitis. En neonatología, quizás la lección más importante de la rotación es el manejo inicial del RCP con las 3 preguntas y 3 medidas para asegurar el bienestar del recién nacido.

Posteriormente realizamos la rotación de cirugía la cual se divide en cirugía general, traumatología y urología. En la rotación de cirugía general se realizan guardias de 12 horas, diurnas y nocturnas, donde se atienden pacientes con cortes superficiales, traumatizados y síndrome doloroso abdominal entre las patologías más frecuentes. Se nos da a los internos la oportunidad de realizar suturas en heridas pequeñas e ingresar a cirugías de emergencia. Consideramos que esta rotación nos brinda todo el conocimiento para abordar la mayoría de patologías quirúrgicas con un diagnóstico y manejo eficaz.

Por último la rotación de medicina interna la cual se dividió en dos segmentos, la rotación por las distintas salas de medicina y por un breve periodo por el servicio de geriatría. A su vez realizamos guardias diurnas donde se atiende un gran flujo de pacientes (hasta 100 pacientes por día). En el servicio de geriatría se atienden pacientes con síndromes geriátricos, los cuales en su mayoría son crónicos y también a pacientes que reciben manejo paliativo.

Para muchas personas, volver al internado durante una pandemia es como empezar de nuevo. Esto no se debe solamente a los largos meses que no hay internos en las salas de los hospitales, sino a la forma en que se tendrán en cuenta los nuevos procesos, prácticas y nuevos tratamientos. Por lo que estos meses en el hospital no solo sirven para aprender nuevos conceptos sino también recordar lo aprendido años anteriores.

## CONCLUSIONES

El año de internado en medicina humana es el más importante de todos para consolidar todos los conocimientos adquiridos en los 7 años de carrera. Nos permite conocer qué especialidades son de nuestra preferencia por lo que también nos orienta en qué campo médico nos gustaría desarrollarnos.

Es de suma importancia recordar cuales son los roles del interno en la sede hospitalaria debido a que no solo se trata de evolucionar paciente previo a la visita; sino también, participar de manera activa en el abordaje del paciente, ya sea proponiendo nuevos tratamientos o esquemas de tratamiento con evidencia científica, recomendar estudios auxiliares si se está considerando descartar algún diagnóstico diferencial o incluso cuestionando cualquier procedimiento que no sea de nuestro conocimiento hará que se den discusiones constructivas para que el aprendizaje sea tanto para nosotros, como para los residentes o asistentes.

Es un periodo donde nuestros conocimientos serán puestos a prueba, tendremos vivencias que nos harán sentirnos agradecidos con la carrera y sentiremos que no podremos dar más de nosotros; sin embargo, estamos seguros de que cada gota de sudor y cada sacrificio valdrá totalmente la pena.

Consideramos que el CEMENA es una sede que cumple con todos los requisitos necesarios para llevar a cabo el internado

médico, incluso durante la pandemia causada por SARS CoV 2. Este establecimiento de salud cuenta con las condiciones adecuadas para llevar a cabo un buen desarrollo de las distintas actividades académicas en las distintas especialidades a lo largo del año.

Además, brinda a los internos la oportunidad de rotar en distintas especialidades que no estén en la programación en los días que uno se encuentra postguardia, ya sea en especialidades como cirugía plástica, cirugía cardiovascular, cardiología, anestesiología, oftalmología entre otros.

## **RECOMENDACIONES**

Las principales recomendaciones que le podríamos dar a las futuras generaciones de nuestra experiencia es que estudien a sus pacientes, son la mejor fuente de información que van a poder encontrar y mediante la interacción con ellos no se olvidaran las patologías.

El punto anterior va de la mano con el siguiente consejo que es el no tener miedo a equivocarnos debido a que si bien siempre existe el temor a una llamada de atención o sanción, es mejor equivocarse cuando alguien está supervisando tu trabajo para que pueda ser corregido. Después de todo, recuerden que en el SERUMS no habrá nadie quien te apoye.

Por último pero no menos importante, recuerda que siempre estás tratando con personas con malestares, enfermedades y tristezas por lo que deben evitar sistematizarse y por el contrario, humanizarte.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. La Marina de Guerra del Perú. Dirección de Salud del Centro Médico Naval. 2022. Disponible en: <https://www.disamar.mil.pe/nosotros/>
2. R.D.N°-020-2021-MGP-DISAMAR-2021. Disponible en: <https://www.disamar.mil.pe/wp-content/uploads/2021/10/R.D.N%C2%B0-020-2021-MGP-DISAMAR-2021-APRUEBA-PGC-DICEMENA.pdf>
3. Dirección Regional de Salud del Callao. Análisis de situación de salud diresa callao 2018. 2019;280. Disponible en: <https://www.diresacallao.gob.pe/wdiresa/documentos/boletin/epidemiologia/asis/FILE0004882021.pdf>
4. Higiene de manos en entornos sanitarios | Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [Internet]. 2020 [citado 19 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/handhygiene/index.html>
5. Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres. Reglamento de Internado Médico. 07 de marzo de 2017. [http://medicina.usmp.edu.pe/medicina/academico/departamentos/internado/REGLAMENTO\\_DE\\_INTERNADO\\_2017\\_2.PDF](http://medicina.usmp.edu.pe/medicina/academico/departamentos/internado/REGLAMENTO_DE_INTERNADO_2017_2.PDF)
6. Villa-Bahena Saúl, Rendón-Macías Mario Enrique, Iglesias-Leboreiro José, Bernáldez-Zapata Isabel, Garza-Morales Saúl Jesús. Causas de crisis convulsivas en un servicio de urgencias pediátricas. Rev. mex. pediatr. [revista en la

- Internet]. 2019 Abr [citado 2022 Feb 19] ; 86( 2 ): 51-57. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0035-00522019000200051&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0035-00522019000200051&lng=es). Epub 27-Nov-2020.
7. Colquicocha-Murillo Maria, Cucho-Jurado Janetliz, Eyzaguirre-Zapata Renee Mercedes, Manassero-Morales Gioconda, Moreno-Larrea Mariela del Carmen, Salas-Arbizu Katia Liliana et al . Guía para diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad de Gaucher. Rev Med Hered [Internet]. 2015 Abr [citado 2022 Feb 18] ; 26( 2 ): 103-121. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2015000200007&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2015000200007&lng=es).
  8. González Jiménez Emilio, Aguilar Cordero María José, Álvarez Ferre Judit, García López Pedro Antonio. Enfermedad de Gaucher y su manejo clínico en el paciente pediátrico. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2010 Jun [citado 2022 Feb 19] ; 3( 2 ): 114-120. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2010000200011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2010000200011&lng=es).
  9. Navarrete-Rodríguez Elsy, Sienra-Monge Juan José Luis, Pozo-Beltrán César Fireth. Asma en pediatría. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2016 Ago [citado 2022 Feb 17] ; 59( 4 ): 5-15. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422016000400005&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422016000400005&lng=es).
  10. Munayco César V., Aran Jesús, Torres-Chang Julio, Saravia Luis, Soto-Cabezas M. Gabriela. Prevalencia y factores asociados al asma en niños de 5 a 14 años de un área rural del sur del Perú. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2009 Jul [citado 2022 Feb 17] ; 26( 3 ): 307-313. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S17](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S17)

11. GINA 2016
12. Mitra, S., & Rennie, J. (2017). Neonatal jaundice: aetiology, diagnosis and treatment. *British journal of hospital medicine* (London, England : 2005), 78(12), 699–704. <https://doi.org/10.12968/hmed.2017.78.12.699>
13. Müller F, O'Rahilly R. The primitive streak, the caudal eminence and related structures in staged human embryos. *Cells Tissues Organs*. 2004;177(1):2-20.
14. Frey L, Hauser WA. Epidemiology of neural tube defects. *Epilepsia*. 2003;44 Suppl 3:4-13.
15. Youngblood ME, Williamson R, Bell KN, Johnson Q, Kancherla V, Oakley GP. 2012 Update on global prevention of folic acid-preventable spina bifida and anencephaly. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2013 Oct;97(10):658-63.
16. Moretti ME, Bar-Oz B, Fried S, Koren G. Maternal hyperthermia and the risk for neural tube defects in offspring: systematic review and meta-analysis. *Epidemiology*. 2005 Mar;16(2):216-9.
17. Martínez García Rosa María, Jiménez Ortega Ana Isabel, Navia Lombán Beatriz. Suplementos en gestación: últimas recomendaciones. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2016 [citado 2022 Feb 18] ; 33( Suppl 4 ): 3-7. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112016001000002&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016001000002&lng=es)  
<https://dx.doi.org/10.20960/nh.336>.
18. Frantchez Victoria, Fornelli Richard, Sartori Graciela Pérez, Arteta Zaida, Cabrera Susana, Sosa Leonardo et al . Dengue en adultos: diagnóstico, tratamiento y abordaje de situaciones especiales. *Rev. Méd. Urug.* [Internet]. 2016 Abr [citado 2022

Feb 19] ; 32( 1 ): 43-51. Disponible en:  
[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902016000100006&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902016000100006&lng=es)

19. Pérez Unanua M<sup>a</sup>. P., Roiz Fernández J. C., Diazaraque Marín R.. Rbdomiolisis inducida por el ejercicio. Medifam [Internet]. 2001 Nov [citado 2022 Feb 20] ; 11( 9 ): 92-95. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1131-57682001000900008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000900008&lng=es).

20. Instrum RS, Parnes LS. Benign Paroxysmal Positional Vertigo. Adv Otorhinolaryngol. 2019;82:67-76.

21. García-Valenzuela Salvador Eloy, Bonilla-Catalán Pablo Valente, Quintero-García Benjamín, Trujillo-Bracamontes Francisco Samuel, Ríos-Beltrán José del Carmen, Sánchez-Cuén Jaime Alberto et al . Abdomen agudo quirúrgico. Un reto diagnóstico. Cir. gen [revista en la Internet]. 2017 Dic [citado 2022 Feb 18] ; 39( 4 ): 203-208. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-00992017000400203&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992017000400203&lng=es).

22. Enrubia Iglesias M.. Del síntoma a la enfermedad: dolor abdominal recurrente. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2009 Dic [citado 2022 Feb 18] ; 11( Suppl 17 ): 437-441. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322009000700016&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000700016&lng=es).

23. Hernández-Cortez Jorge, León-Rendón Jorge Luis De, Martínez-Luna Martha Silvia, Guzmán-Ortiz Jesús David, Palomeque-López Antonio, Cruz-López Néstor et al . Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cir. gen [revista en la Internet]. 2019 Mar [citado 2022 Feb 18] ; 41( 1 ): 33-38. Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-00992019000100033&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033&lng=es). Epub 02-Oct-2020.

24. Arap Jorge Abraham. Hernias inguinales y crurales (hernias de la ingle). Rev Cubana Cir [Internet]. 2009 Jun [citado 2022 Feb 17] ; 48( 2 ). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932009000200010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932009000200010&lng=es).
25. Carrera Laureán Narda, Camacho López Marcos Raúl. Tipo de hernia inguinal encontrado en la población general, según la clasificación de Nyhus. Cir. gen [revista en la Internet]. 2018 Dic [citado 2022 Feb 18] ; 40( 4 ): 250-254. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-00992018000400250&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992018000400250&lng=es).
26. Weber Sánchez Alejandro, Vazquez José A, Mansilla Doria Percy, Cueto García Jorge. La hernia inguinal en la era laparoscópica. Rev Med Hered [Internet]. 1999 Ene [citado 2022 Feb 17] ; 10( 1 ): 07-13. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X1999000100002&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X1999000100002&lng=es).
27. Quevedo Guanche Lázaro. Colecistitis aguda: Clasificación etiológica, diagnóstico y tratamiento. Rev Cubana Cir [Internet]. 2007 Jun [citado 2022 Feb 17] ; 46( 2 ). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932007000200013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000200013&lng=es).
28. Lee SO, Yim SK. [Management of Acute Cholecystitis]. Korean J Gastroenterol. 2018 05 25;71(5):264-8.
29. Beaty JS, Shashidharan M. Anal Fissure. Clin Colon Rectal Surg. 2016 Mar;29(1):30-7.
30. Kent Ilan, Gilshtein Hayim, Wexner Steven D.. Fisura anal:

- anatomía, patogenia y tratamiento. Rev. argent. cir. [Internet]. 2020 Dic [citado 2022 Feb 18] ; 112( 4 ): 388-397. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2250-639X2020000400388&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2250-639X2020000400388&lng=es).  
<http://dx.doi.org/10.25132/raac.v112.n4.anwex>.
31. Hernández-Vásquez Akram, Vargas-Fernández Rodrigo, Bendezu-Quispe Guido. Factores asociados a la calidad de la atención prenatal en Perú. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2019 Jun [citado 2022 Feb 16] ; 36( 2 ): 178-187. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342019000200003&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000200003&lng=es).  
<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4482>.
32. Hernández Durán Daisy, Diaz Mitjans Orlando. Enfermedad inflamatoria pélvica. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2010 Dic [citado 2022 Feb 19] ; 36( 4 ): 613-631. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2010000400015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400015&lng=es).
33. Progestágeno para el tratamiento de la amenaza de aborto espontáneo [Internet]. [citado 16 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.cochrane.org/es/CD005943/PREG\\_progestageno-para-el-tratamiento-de-la-amenaza-de-aborto-espontaneo](https://www.cochrane.org/es/CD005943/PREG_progestageno-para-el-tratamiento-de-la-amenaza-de-aborto-espontaneo)
34. Amenaza de aborto: causas, síntomas y tratamiento [Internet]. Reproducción Asistida ORG. 2018 [citado 17 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/amenaza-de-aborto/>
35. Abordaje de la hiperémesis gravídica - Revista Electrónica de Portales Medicos.com [Internet]. [citado 17 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/abordaje-de-la-hiperemesis-gravidica/>

36. Normas Legales. Decreto Legislativo de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas. 7 de Diciembre del 2013. 508616 – 508619. [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/200307/197036\\_DL1173.pdf20180926-32492-up22yc.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/200307/197036_DL1173.pdf20180926-32492-up22yc.pdf).
37. Categorías de establecimientos del sector salud (NT N° 021-MINSA/DGSP V.01) [Internet]. [citado 17 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/352897-categorias-de-establecimientos-del-sector-salud-nt-n-021-minsa-dgsp-v-01>