



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA PREPROFESIONAL COMO INTERNO DE
MEDICINA EN EL CONTEXTO POR PANDEMIA DE COVID-19**

PRESENTADO POR

**CARRASCO ORTIZ, ASTRID DAYANA
URIBE MATAMOROS, JOSSELYN ROXANA**

ASESOR

Dr. CARLOS ANDRÉS NÚÑEZ PAIVA

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

**LIMA, PERÚ
2022**



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA PREPROFESIONAL COMO INTERNO DE
MEDICINA EN EL CONTEXTO POR PANDEMIA DE
COVID-19**

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

PRESENTADO POR

**CARRASCO ORTIZ, ASTRID DAYANA
URIBE MATAMOROS, JOSSELYN ROXANA**

**ASESOR
Dr. CARLOS ANDRÉS NÚÑEZ PAIVA**

**LIMA- PERÚ
2022**

JURADO

Presidente: M.E. Alejandra Parhuana Bando

Miembro: M.E. Víctor Emilio Cubas Vásquez

Miembro: M.E Héctor Luis Díaz Tambini

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a nuestros padres y familias, las cuales han sido y siguen siendo el principal apoyo en cada proyecto, cada logro, cada éxito, brindándonos soporte imprescindible y constancia en cada aspecto de nuestra formación, tanto personal como académica, y aún persisten siendo la fortaleza más importante en nuestras vidas.

AGRADECIMIENTO

El agradecimiento cordial a cada uno de nuestros docentes, quienes a lo largo de la carrera nos enriquecieron con sus conocimientos y consolidaron las bases de quien somos ahora; especialmente, a todos aquellos que formaron parte de nuestro internado médico y nos facilitaron la ayuda necesaria con la mayor disposición con el afán de hacernos mejores personas, mejores médicos y que en el transcurso de los meses con sus enseñanzas nos inspiraron a seguir con mayor ímpetu esta excepcional carrera.

ÍNDICE

	Págs
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Resumen	vi
Abstract	vii
Introducción	viii
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1. Rotación en Medicina Interna	2
1.2. Rotación en Cirugía	8
1.3. Rotación en Ginecología y Obstetricia	15
1.4. Rotación en Pediatría	20
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	27
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	29
3.1. Rotación en Medicina Interna	29
3.2. Rotación en Cirugía	37
3.3. Rotación en Gineco obstetricia	45
3.4. Rotación en Pediatría	54
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	63
Conclusiones	64
Recomendaciones	65

Fuentes de información

66

Anexos

RESUMEN

El internado constituye al último año de formación académica de un profesional de las ciencias de la salud, siendo en la carrera de Medicina Humana la última etapa de aprendizaje antes de egresar como médico cirujano, en el cual el bagaje de conocimientos, habilidades y destrezas aprendidas años previos se consolidan, integran y plasman de manera práctica en el paciente para identificar el problema, diagnosticar y posteriormente facilitar el tratamiento acorde al malestar; por consiguiente, la diversidad de casuísticas experimentados a lo largo de este año proveen al futuro profesional de la salud de una variedad de situaciones que mejoran su capacidad resolutive así como potenciar su formación cognitiva y calidad humana reforzando el vínculo médico-paciente que persistirá para ejercer todo lo aprendido en el ámbito laboral ya como médico.

Dentro del marco de la carrera de Medicina Humana durante la pandemia, el internado médico se vio forzado a restringir el acceso de los estudiantes a los hospitales a nivel nacional, limitando de esta forma el aprendizaje requerido por un profesional de la salud con la finalidad de afianzar conceptos e integrar la parte teórica con la práctica.

El presente proyecto aborda el impacto del internado médico en el actual contexto sanitario considerando los retos afrontados y las limitantes entre el intervalo 2021-2022 en el Hospital Regional de Huacho, así como las experiencias alcanzadas durante cada una de las rotaciones en los servicios de Medicina Interna, Cirugía, Ginecología y Obstetricia y Pediatría, que complementan las diversas habilidades a conocer el médico egresado.

Palabras clave: Internado, Medicina, Hospital, COVID-19

ABSTRACT

The internship constitutes the last year of academic training of a professional in the health sciences, being in the career of Human Medicine the last stage of learning before graduating as a surgeon, in which the baggage of knowledge, abilities and skills learned previous years are consolidated, integrated and reflected in a practical way in the patient to identify the problem, diagnose and subsequently facilitate the treatment according to the discomfort; therefore, the diversity of casuistries experienced throughout this year provide the future health professional with a variety of situations that improve their resolution capacity as well as enhance their cognitive training and human quality, reinforcing the doctor-patient bond that will persist to exercise everything learned in the workplace and as a doctor.

Within the framework of the Human Medicine career during the pandemic, the medical internship was forced to restrict student access to hospitals nationwide, thus limiting the learning required by a health professional in order to consolidate concepts and integrate the theoretical part with the practical.

This project addresses the impact of the medical internship in the current health context considering the challenges faced and the limitations between the 2021-2022 interval at the Regional Hospital of Huacho, as well as the experiences achieved during each of the rotations in the Medicine services. Internal, Surgery, Obstetrics and Gynecology and Pediatrics, which complement the various skills to know the graduate doctor.

Keywords: Internship, Hospital, Medicine, COVID- 19

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se busca relatar los casos clínicos de las cuatro rotaciones que brinda el Hospital Regional de Huacho (Medicina interna, Cirugía general, Ginecología-Obstetricia y Pediatría) cada una de ellas presentando diferentes habilidades que el interno tiene que llegar a adquirir en cuanto a sus procedimientos y conocimientos impartidos durante los 6 años de pregrado que son esenciales de conocer por el médico egresado (1).

En el año 2019, durante el mes de diciembre en la ciudad de Wuhan - China, se reportó el primer caso de la actual enfermedad denominada COVID-19, que progresivamente y hasta la actualidad se mantiene como una pandemia de emergencia sanitaria a nivel global (2, 3).

Esta situación repercutió en diferentes niveles de interés tanto social, económico, de sanidad, educativo, entre otros, en todo el mundo, en nuestra realidad peruana a partir del 6 de marzo que se reportó el primer caso de esta patología se empleó medidas de contención para contrarrestar la infección causada por el virus SARS-CoV-2, lo que generó cambios importantes en la forma de enfocar y atender pacientes (4).

En vista del contexto actual, ha sido complicado continuar la enseñanza dentro de los hospitales debido a las limitaciones que se presentan, de tal manera que podemos encontrar diferencias entre un internado antes de la pandemia y el internado actual en pandemia (5).

La finalidad del proyecto a presentar es consolidar la enseñanza impartida en cada servicio en cuanto al manejo, la relación médico-paciente, asimismo haciendo un breve análisis de cada caso clínico en fundamentos teóricos para llegar a los diagnósticos de cada patología descrita (6).

En cada servicio, se demuestra que el manejo ya sea en emergencias o en pabellón es diferente, ya que cada servicio tiene una manera distinta de darle un enfoque al paciente, por el lado de medicina es integral Y

más amplio, a diferencia de la especialidad de cirugía donde el paciente generalmente viene a ser programada para una operación de emergencia o electiva y posterior a la operación se le da de alta. En general, poder capacitar al personal sanitario con las herramientas requeridas en el campo clínico y humanitario es el siguiente paso que corresponde al Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (Serums).

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

En el primer capítulo, se presenta en forma de casos clínicos cada uno de los sucesos afrontados durante el internado médico para evaluar el accionar del futuro médico con el paciente durante su estancia desde la entrada a emergencia, diagnóstico, terapéutica hasta la emisión de su alta e, incluso, si este tuviese un desenlace desfavorable.

Cada acontecimiento se vuelve parte del aprendizaje a lo largo de estos meses y permite realizar un autoanálisis a cada una de las diferentes situaciones afrontadas, tanto a nivel académico como humanístico, ya que se logra forjar un vínculo entre el paciente y el personal de salud que prevalecerá durante el ejercicio de su profesión; el esfuerzo para mejorar su malestar viene a ser la mayor satisfacción que se experimenta el médico al lograr los resultados esperados en la persona que acude al hospital.

Por ende, la revisión de cada caso permitirá, más adelante, analizar integralmente cada caso y realizar una introspección de las acciones realizadas, con la finalidad de consolidar la información obtenida durante el internado médico.

1.1 Rotación en Medicina Interna

1.1.1 Caso clínico N.º 1: Litiasis renal

El caso n.º1 presenta a una paciente de sexo femenino de 16 años, natural de Huacho, procedente de Sayán, sin antecedentes de importancia y fecha de última regla 5/08/2021.

Ingresa a emergencia el 16/09/2021 con un tiempo de enfermedad de 4 días que inicia con dolor abdominal tipo cólico de intensidad 4/10 de localización difusa, 3 días antes del ingreso el dolor persiste con la misma intensidad pero se adicionan síntomas como náuseas y vómitos, el día del ingreso se agrega dolor lumbar que se irradia al flanco derecho con una intensidad 8/10, que no cede a analgésicos autoadministrados, refiere apetito y orina disminuidos, el resto de funciones biológicas conservadas. Se toman las funciones vitales encontrándose dentro de los valores normales (PA: 100/60 mmHg FC: 65 x´

FR: 18 x' T°: 36.7 °C SatO2: 99% FIO2: 0,21) así como el peso (69.00 Kg) y talla (1.58 m)

Ectoscópicamente se encuentra despierta, orientada con su entorno y quejumbrosa; al examen físico se encuentra afebril, piel seca y pálida, no presenta edemas, tejido celular subcutáneo aumentado, a nivel cardiovascular y respiratorio sin alteraciones; abdomen blando, Globuloso, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogastrio y flancos, ruidos hidroaéreos presentes; puño percusión lumbar y puntos renoureterales negativos; escala de Glasgow: 15/15 sin signos meníngeos ni signos de focalización.

Ante la sospecha diagnóstica se solicita hemograma completo (hemoglobina: 11.0 mg/dL - plaquetas: 294 000), urea (45 mg/dL), creatinina (1.08 mg/dL), examen de orina (20-25 por campo), perfil hepático (Albúmina: 4 globulina: 1.86 proteínas totales: 5.8 bilirrubinas totales: 0.45 bilirrubina indirecta: 0.28 bilirrubina directa: 0.16 TGO: 16 TGP:10 Fosfatasa alcalina: 118); y ecografía abdominal (se evidencia litiasis renal bilateral en ambos senos renales con pequeños cálculos de tamaños entre 8-10 mm) con dilatación del grupo calicial inferior de riñón derecho, no evidencia cambios inflamatorios renales) mientras se le administra suero fisiológico 0.9% para hidratar a la paciente.

Se hospitaliza a la paciente con los diagnósticos de

- Litiasis renal bilateral,
- Infección del tracto urinario,
- Anemia leve,
- Sobrepeso.

Por lo tanto, ingresa a piso de medicina interna y controlar funciones vitales, se coloca sonda Foley para medir diuresis y sube a piso dieta hipoproteica.

1.1.2 Caso clínico N.º 2: Hipoglicemia

El caso N.º 2 corresponde a una paciente de sexo femenino de 81 años, natural de Huacho, procedente de Huacho, sin antecedentes de importancia

con tiempo de enfermedad de 3 días de inicio insidioso que inicia con dolor en epigastrio tipo punzada intermitente y vómitos persistentes, asociada a malestar general, astenia e hiporexia; 2 días antes de llegar a emergencia persisten los síntomas, niega fiebre, niega disnea, no dolor torácico, al ingreso presenta hipoactividad, somnolencia y disminución de la diuresis. Presenta como antecedentes:

Antecedentes personales patológicos:

- Hipertensión arterial diagnosticada hace 6 años
- Diabetes Mellitus hace 10 años
- Obesidad mórbida.
- Cáncer de mama en 2002 con tratamiento completo
- Fibrilación auricular y ACV isquémico de origen cardioembólico 3 meses antes del ingreso sin secuelas.
- Enfermedad renal crónica en estadio 3 con valores de Creatinina:1.5 mg/dL y Filtración glomerular: 38 mL/min/1.73m²)

Niega alergia a medicamentos y presenta hospitalizaciones previas 2 semanas antes del ingreso a emergencia por hemorragia digestiva baja secundaria a angiodisplasia colónica. La situación basal de la paciente corresponde a una dependencia parcial ya que come sin ayuda, camina con andador y requiere ayuda para aseo; y deterioro cognitivo leve.

Antecedentes quirúrgicos:

- Mastectomía radical derecha y adyuvancia con radioterapia y quimioterapia en remisión completa.

Antecedentes familiares:

- Madre falleció de cáncer gástrico
- Padre con antecedente de DM, desconoce causa de fallecimiento

- Hermanos vivos aparentemente sanos.

La paciente se medica diariamente con omeprazol 20 mg cada 24 horas, amlodipino 5 mg cada 24 horas, Apixaban 2.5 mg cada 12 horas, glibenclamida 5 mg cada 24 horas, metformina 850 mg cada 12 horas, furosemida 40 mg cada 24 horas, quetiapina 100 mg cada 12 horas.

Se toma funciones vitales (PA: 110/60 mmHg FC: 90 x' FR: 28 x' Tº: 36.7 °C SatO2: 96% FIO2: 0,21), dentro del examen físico se encuentra una paciente con mal estado general y tendencia al sueño, piel pálida y sudorosa con mucosa oral secas, presencia de edema en MMII +/++++ sin fóvea; sistema respiratorio y abdominal sin alteraciones, a nivel cardiovascular los ruidos cardiacos están arrítmicos y taquicárdicos, neurológicamente está desorientada témporo-espacial, somnolienta ECG: 14/15 (AO:3 RV:5 RM:6), no focalización neurológica , ni signos meníngeos.

Por lo cual, ante la presunción diagnóstica de complicaciones propias de la diabetes como una encefalopatía metabólica o un ACV se solicita: Hemograma completo (Hemoglobina: 9 g/dL, Plaquetas: 194 000 Leucocitos: 14 000 Neutrófilos: 82%), Fibrinógeno: 98, INR: 1.02, Glucosa: 41, Urea: 104, Creatinina: 5.9; Electrolitos (Na:137 mEq/L, K: 5.97 mEq/L), AGA (pH: 7.34, HCO3: 19.2 PCO2: 38 PO2:87 Anión Gap: 15)

De esta forma se procede a hospitalizar a la paciente con los siguientes diagnósticos:

- Diabetes *mellitus* tipo 2 con complicaciones agudas: Hipoglucemia por consumo de fármacos
 - o A descartar complicaciones crónicas
- ERC estadio 5 sin terapias de reemplazo renal:
 - o Etiología: Enfermedad renal diabética
 - o Complicada con:
 - Acidosis metabólica anión gap alto

- Hiperkalemia
- Anemia moderada
- Fibrilación auricular con respuesta ventricular controlada (FARVC)
- HTA controlada

Se coloca glucagón 1 mg IM, mejorando el cuadro clínico en 15 minutos, se hidrata con líquido IV para manejar en piso para posteriormente corregir los electrolitos.

1.1.3 Caso clínico N.º 3: Muñón infectado por complicación de Diabetes *mellitus*

Paciente de sexo femenino de 69 años, natural de Lima, con antecedente de hipertensión arterial hace 15 años en tratamiento irregular con losartán y diabetes *mellitus* tipo 2 hace 18 años en tratamiento irregular con metformina.

Ingresa a emergencia el 17/01/2022 con un tiempo de enfermedad de 7 días, notando secreción seroamarillenta en muñón izquierdo de extremidad inferior, a pesar del uso de antibióticos (desconoce los fármacos) el curso fue evolucionando desfavorablemente motivo por el cual decide ir al hospital.

Los exámenes de laboratorio en emergencia: hemoglobina: 10.3, hematocrito: 31.3%, plaquetas: 358 000 leucocitos: 10.210 abastionados: 0%, tiempo de protrombina: 14.2, INR: 1.04, glucosa: 299 Urea: 53 creatinina: 1.11 PCR: 9.4

Ingresa con los diagnósticos:

- Diabetes *mellitus* tipo 2 con complicaciones tardías: Pie diabético Wagner grado IV / muñón en miembro inferior izquierdo infectado
- Postoperado de amputación infracondílea izquierda
- Hipertensión arterial por historia clínica

Como plan a su ingreso a pabellón deciden realizarle un angioTEM de miembro inferior, enviar interconsulta al servicio de traumatología para posible desarticulación, manejo médico con antibióticos y antihipertensivos.

Durante la hospitalización, paciente recibe dieta hipoglúcida (especial para diabético), cubriendo con antibioticoterapia, antihipertensivos (losartán y amlodipino), tramadol condicional al dolor, atorvastatina y controlando las glucemias con insulina NPH.

En el informe del angioTEM se concluye que presenta zonas de estenosis en la arteria poplítea izquierda, compromiso de ambas arterias tibiales anteriores y posteriores, existiendo una estenosis total de la mayor parte de sus recorridos. El servicio de traumatología decide realizarle una amputación supracondílea izquierda.

1.1.4 Caso clínico N.º 4: Tuberculosis pulmonar

Paciente, masculino de 37 años natural de Ica, procedente de Lima, como antecedente de importancia presenta hábitos nocivos de alcohol y fumador. Ingresó por emergencia el 03/02/2022 con un tiempo de enfermedad de 15 días, refiriendo tos no productiva asociado a episodios de hemoptisis escasa. Adicionando vómitos de contenido alimentario llegando a presentar hematemesis, motivo por el cual decide acudir al hospital. Funciones vitales dentro de los parámetros normales (PA: 100/60 FR: 18 x' FC: 80 x' T°: 36 SatO2: 98% FIO2: 0.21)

Los exámenes de laboratorio en emergencia: Hemograma completo (hemoglobina: 12.5 - hematocrito: 38.1 - leucocitos: 8.500 - blastos: 0% - mielocitos: 0% - bastonados: 0% - eosinófilos: 0% - monocitos: 7%), transaminasas (TGO: 27 - TGP: 18), fosfatasa alcalina (113 UI/L). Se cuenta con ecografía abdominal informando que no presenta alteraciones.

Ingresando con los diagnósticos:

- Descartar: Tuberculosis pulmonar
- Descartar: Síndrome de Mallory Weiss

- Descartar: Varices esofágicas

Como plan se decide realizar una prueba de baciloscopia y una radiografía de tórax para descartar tuberculosis. Se encontraron dos cruces en la baciloscopia de esputo y el informe de la radiografía de tórax concluye: Radiopacidad nodular de bordes definidos con radiolucidez interior en hemitórax izquierdo. Iniciando el esquema sensible para tuberculosis con H: 300, R: 600, E: 1200, Z: 1500. Coordinando con el servicio de Programa de Control de la Tuberculosis (PCT) para continuar el tratamiento en el centro de salud más cercano.

1.2 Rotación en Cirugía

1.2.1 Caso clínico N.º 5: Apendicitis aguda

Se presenta un paciente de sexo femenino de 61 años procedente de Santa María, alérgico al tramadol, dentro de sus antecedentes el paciente presenta:

- Antecedentes médicos:
 - Gastritis eritematosa moderada desde el 2009 con tratamiento de omeprazol 20 mg VO cada 24 horas;
 - Gonartrosis de grado II desde el 2016 con tratamiento de paracetamol 1 g VO cada 12 horas, AINES VO y glucosamina con colágeno VO.
- Antecedentes quirúrgicos:
 - Hernia umbilical: herniorrafía el 11/09/2017 en el hospital regional de huacho (H. R. H);
 - Prolapso genital total: Histerectomía vaginal más colporrafia anteroposterior el 27/12/2017 en el H. R. H.;
 - Hemorroides internas grado I erosionado: Ligadura hemorroidal el año 2018 en el H. R. H;

- Eventración abdominal en línea media incarcerada: Laparotomía exploratoria más eventroplastia el 26/03/19 en el H. R. H., con reporte operatorio que evidencia defecto eventrogénico de 3 x 3 cm por el que protruye saco conteniendo asas con adherencias laxas, sin compromiso intestinal y peritoneo lábil.

Ingresa a emergencia con un tiempo de enfermedad de 5 días cuyo cuadro inicia el 18/08/21 con dolor abdominal tipo cólico difuso 5/10 en intensidad asociado a náuseas y vómitos por lo que es traída a emergencia del H. R. H., ingresando por tópico de medicina donde le dan tratamiento sintomático de metamizol 1 g EV e hioscina 10 mg VO cada 12 horas y se da el alta. Dos días después (20/08/21) retorna por emergencia nuevamente por tópico de medicina, dada la persistencia del dolor y aumento en intensidad 7/10, adicionalmente se agrega dificultad para eliminar flatos, hacer deposiciones e hiporexia se le hidrata con NaCl 0.9% 1000 mL durante 2 horas y se le administra nuevamente metamizol 1 g EV e Hioscina 10 mg VO cada 12 horas y tras leve mejoría dan alta. Al día siguiente (21/08/21) dolor incrementa a 10/10 de intensidad y se agrega malestar general, por tal motivo es llevada por familiares a clínica particular donde manejan el dolor, añaden metoclopramida 10 mg VO e hidratan a la paciente para posteriormente derivarla al Hospital Regional de Huacho donde es puesta en observación.

Se realiza interconsulta al área de Cirugía General con el diagnóstico de suboclusión intestinal, tras evaluación no impresiona manejo quirúrgico, por lo cual se solicita hemograma completo (Leucocitos:12 840 mm³ - Abastionados:1% - Segmentados: 83.6 % - Hb: 8.5 mg/dL - Hto: 29.2%), creatinina (0.73 mg/dL) y urea (23.35 mg/dL), y TEM abdomen con contraste para posterior reevaluación con resultados, indicando continuar manejo médico en NPO con hidratación endovenosa, Metoclopramida 10 mg VO, Hioscina 10 mg VO cada 12 horas, Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas y colocación de sonda nasogástrica y Evacuol 7.5 mg/mL, al día siguiente (22/08/2021) con los resultados de tomografía (se observa apéndice cecal dilatado de 9 mm de diámetro, en su extremo distal presencia de burbujas de

aire y pequeña colección de 22 cc compatible con apendicitis aguda complicada perforada; se evidencia líquido libre a nivel del espacio rectovesical de volumen aproximado de 60 cc con alteración de la densidad de los planos grasos a nivel de la cavidad peritoneal con pequeñas colecciones interasas, presencia de líquido libre perihepático, periesplénico en recesos parieto-cólicos hallazgos compatibles con peritonitis); por lo cual el paciente sufre descompensación y pasa a trauma shock. Tras reevaluación de cirugía se decide ingresar a sala de operaciones de emergencia con el diagnóstico de apendicitis aguda perforada con peritonitis generalizada.

Se interviene mediante laparotomía exploratoria por apendicectomía más lavado de cavidad peritoneal y colocación de Dren Phen Rose en fondo de saco rectovesical encontrándose como hallazgos: Apéndice cecal de 8 x 1 cm perforado en tercio proximal necrosado en toda su extensión, meso edematoso, base indemne, líquido seropurulento aproximadamente +/- 20 cc en cuatro cuadrantes.

Al término de la cirugía se realiza interconsulta a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para un monitoreo constante considerando los factores de riesgo, saturación de 96% con mascara de reservorio e invasividad de la operación por lo que ingresa con el diagnóstico de post operatorio inmediato de laparotomía exploratoria.

Luego de 2 días (24/08/2021) de estancia en UCI se evidencia mejoría de estado general y al examen físico en abdomen presenta ruidos hidroaéreos (+), blando, depresible, leve dolor en sitio operatorio, herida sin signos de flogosis y dren con volumen de 35 cc de contenido seroso; por lo cual pasa al servicio de cirugía para hospitalización. En piso se colocan los diagnósticos:

- Postoperatorio 3 de laparotomía exploratoria por apendicectomía más lavado de cavidad peritoneal y colocación de Dren Penrose
- Anemia moderada (Hb: 10)
- Hipokalemia moderada (K: 2.9 mEq/L)

Evoluciona favorablemente al plan de tratamiento de NaCl 0.9%, Ceftriaxona 1 g EV cada 24 horas más Metronidazol 500 mg EV, Dexketoprofeno 50 mg EV, Metoclopramida 10 mg EV cada 8 horas respectivamente, Simeticona 80 mg VO cada 12 horas, Levosulpiride 25 mg EV cada 12 horas, adicional al reto de potasio EV durante 5 días

Al sexto día se retira al dren por un gasto mínimo de 22 cc. Por lo cual, al séptimo día de hospitalización y frente a la mejoría clínica se le da de alta con los diagnósticos:

- Post operatorio 7 de laparotomía exploratoria por apendicectomía más lavado de cavidad peritoneal y colocación de Dren Penrose
- Anemia leve (Hb: 10.5)

Alta con indicaciones: Limpieza de herida operatoria diaria con agua y jabón, Paracetamol de 500 mg VO condicional a temperatura > 38°C, Dexketoprofeno 100 mg VO cada 8 horas por 3 días, Celecoxib 200 mg VO por 5 días, Clindamicina 300 mg VO más Levofloxacino 500 mg VO cada 12 horas por 7 días y control en 5 días por emergencia para evaluación de herida operatoria y posibilidad de retiro de puntos

1.2.2 Caso clínico N.º 6: Masa apendicular

Caso N.º 2 es de una paciente, sexo femenino de 67 años con tiempo de enfermedad de 10 días forma de inicio insidioso, curso progresivo, que inicia con dolor abdominal difuso en mesogastrio sin irradiación en intensidad 5/10 que cede espontáneamente, al día siguiente el dolor se intensifica 7/10 y se localiza en fosa iliaca derecha sin irradiación por lo que se automedica con analgésicos y antibióticos durante 3 días calmando por periodos, en su cuarto día previo al ingreso acude a un centro de salud siendo diagnosticada de infección del tracto urinario por lo que recibe tratamiento con Ceftriaxona 500 mg VO cada 24 horas por 7 días e Ibuprofeno 400 mg VO cada 8 horas por 5 días, sin mejoría considerable de los síntomas; el día del ingreso acude al hospital de emergencia por dolor intermitente de intensidad 10/10 sin irradiación por el servicio de medicina se pasa interconsulta a cirugía, se

realiza el examen físico encontrándose el abdomen globuloso con abundante tejido subcutáneo, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, se palpa masa en fosa iliaca derecha de 3 x 5 cm, doloroso a la palpación superficial y profunda, signo de Mc Burney (+), signo de Blumberg (+). No presenta antecedentes de importancia.

Se solicita en sospecha de masa apendicular: Hemograma completo (Leucocitos: 10 060 mm³ - Hb: 13.4 mg/dL - Hto: 41.4 %), glucosa (103 mg/dL), urea (22 mg/mL), creatinina (0.76 mg/mL) y tomografía abdominal (presencia de lesión heterogénea adyacente al vértice apendicular el cual muestra engrosamiento de sus paredes con cambios inflamatorios pericecal lo que sugiere imagen sugestiva de plastrón apendicular con colección heterogénea, contenido de líquido libre en saco de Douglas).

Por tal motivo se decide hospitalizar a la paciente en piso de cirugía con el diagnóstico de:

- Masa apendicular
- Obesidad grado II

Se coloca a la paciente en NPO con hidratación endovenosa, Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas, Paracetamol 1 g EV cada 24 horas, Ciprofloxacino 400 mg EV cada 12 horas más Metronidazol 500 mg EV cada 8 horas. Una vez en piso se modifica el plan agregando Dexketoprofeno 50 mg EV cada 12 horas y ambulación

Al tercer día de hospitalización, el dolor abdominal se reduce considerablemente a una intensidad 3/10, y tolera vía oral por lo cual se prescribe dieta blanda líquida con antibióticos endovenosos durante 2 días más (Ciprofloxacino 400 mg IV más Metronidazol 500 mg IV), para posteriormente cambiar a fármacos en tabletas. Se continúa el tratamiento antibiótico hasta cumplir las 2 semanas con la posibilidad de controlar la infección, así pues, el día 14 se da de alta con indicación de intervención quirúrgica en un plazo no menor de 3 meses.

1.2.3 Caso clínico N.º 7: Hernia inguinal

Se presenta a paciente de sexo masculino de 64 años que acude a la emergencia con aumento de volumen escrotal de 7 días aproximadamente, el cual imposibilitaba la deambulaci3n.

Refiere que fue operado 3 d3as antes de una hernioplastia inguinal derecha + resecci3n Intestinal + anastomosis termino-terminal por hernia inguinal escrotal encarcerada, as3 como de una prostatectom3a hace 25 a3os.

Al examen f3sico, se observ3 edema escrotal bilateral y eritema global difuso en dicha zona. Se decidi3 su ingreso a la hospitalizaci3n con los diagn3sticos de hidrocele y post operado de hernioplastia inguinal derecha m3s anastomosis t3rmino terminal. Durante la hospitalizaci3n se inici3 progresivamente la tolerancia a la v3a oral despu3s del primer d3a. Se solicit3 una ecograf3a testicular el cual indic3 hidrocele bilateral, se decide utilizar como antibioticoterapia ceftriaxona y metronidazol durante 7 d3as, para el manejo del dolor se indic3 metamizol y paracetamol condicional al dolor.

Luego de 7 d3as de hospitalizaci3n, el paciente evoluciona favorablemente con disminuci3n significativa del dolor y de los signos locales de inflamaci3n por los que ingres3, as3 como una buena tolerancia por v3a oral, decidiendo darle alta hospitalaria y coordinando controles por consultorio externo de Cirug3a y Urolog3a.

1.2.4 Caso cl3nico N.º8: Trauma abdominal cerrado

Se presenta a paciente de sexo masculino de 68 a3os, un d3a antes del ingreso sufri3 una ca3da de aproximadamente 3 metros con p3rdida de conciencia de 10 minutos. Refiri3 haber acudido previamente a una cl3nica cercana a su domicilio, pero por razones de log3stica de este, se decide acudir por emergencia al hospital.

Al llegar a emergencia se le eval3a, ectosc3picamente se evidencia palidez, despierto, hiporreactivo, en abdomen se ausculta encontrando ruidos hidroa3reos ausente con signos de rigidez y distensi3n abdominal con equimosis en epigastrio ambos flancos, refiere dolor intenso de 7/10.

Posterior a realizarse exámenes prequirúrgicos y evaluaciones correspondientes por otras especialidades, ingresa a sala de operaciones donde se le realiza laparotomía exploratoria más esplenectomía y colocación de dren Penrose. En el reporte de la operación, se indica que presentó hemoperitoneo de aproximadamente 2 litros y trauma esplénico de 4 grado generando lesión en vasos hiliares y segmentarios comprometiendo así la vascularización del 25% del bazo.

Durante la hospitalización, el paciente fue tolerando de manera progresiva la dieta, al inicio con líquidos, dieta blanda, posteriormente recibió dieta completa.

Recibiendo ceftriaxona de manera profiláctica para las probables infecciones intrahospitalarias a las que se puede exponer, manejando el dolor con tramadol y metamizol, ácido tranexámico para prevención de episodios posteriores de hemorragia. Se solicitó tomografía abdominal para descartar lesiones asociadas, pero no se encontraron hallazgos significativos.

Se confirmó mediante una ecografía urológica una hipertrofia prostática benigna grado I. Luego de recibir tratamiento y tolerar vía oral, coordinando para las vacunas correspondientes a todo paciente post esplenectomizado (antineumocócica, antimeningocócica, haemophilus influenzae e Influenza anual) se decidió dar el alta al paciente y programar los controles respectivos para las patologías descritas por consultorio externo de las especialidades correspondientes.

1.3 Rotación en Gineco obstetricia

1.3.1 Caso clínico N.º 9: Enfermedad pélvica inflamatoria

Paciente, mujer de 23 años, procedente de Lima, presenta como antecedentes andria (06), PAP (2020 - Negativo), régimen catamenial 7/28 días. Paciente refiere que desde hace 2 semanas antes del ingreso presenta dolor pélvico tipo punzada de intensidad 4/10 persistente, el cual fue incrementando de intensidad a 7/10 asociando a regular flujo vaginal y dispareunia. Al examen físico, cérvix posterior sin cambios, dolor a la movilización del cérvix y sensibilidad al tacto anexial, leucorrea abundante. Evidenciándose en una ecografía abdominal con colección en fondo de saco de Douglas con volumen aproximado de 37 cc, ovario derecho con volumen incrementado dando una imagen sugerente de aspecto folicular. Se sugiere complementar con ecografía transvaginal y dosaje hCG-beta y fosa iliaca derecha de evaluación limitada por marcado meteorismo intestinal.

Se le realiza una ecografía transvaginal la cual indica signos compatibles con enfermedad pélvica inflamatoria y dolor a la ecopulsión, presentando un PCR de 1.20 mg/dl, hCG-beta < 0.100 mU/ml, VDRL negativo, anti-VIH negativo y un examen de orina de 6- 7 leucocitos por campo.

Ingresando al servicio de ginecología con los diagnósticos de dolor pélvico por Enfermedad Pélvica Inflamatoria, recibiendo antibioticoterapia: Gentamicina 80 mg EV c/8 horas y clindamicina 900 mg EV c/ 8 junto con ketoprofeno 100 mg EV. Es dada de alta, sin referir molestias con un dolor pélvico 2/10, evolucionando favorablemente, afebril con diagnóstico de EPI en remisión indicando levofloxacino 500 mg EV c/24 horas x 10 días y Paracetamol 500 mg VO c/8 horas x 3 días.

1.3.2 Caso clínico n.º 10: Placenta previa total / Acretismo placentario

Paciente de sexo femenino de 38 años, natural de Lima, multigesta de 35 semanas por ecografía del I trimestre, con antecedentes obstétricos: En el 2003 parto vaginal, dos cesáreas una en el 2008 por hidrops fetal (óbito fetal)

y otra en el 2010 por cesárea anterior, antecedente de aborto incompleto donde le realizan legrado uterino en el 2015. G: 5 P: 2022.

Ingresa por emergencia el 01/02/2022 con un tiempo de enfermedad de dos días, refiriendo dolor tipo contracción uterina cada 5 minutos, acude con ecografía obstétrica del 26/01/2022 que indica diagnóstico de placenta previa total con acretismo placentario. Niega síntomas premonitorios de eclampsia, niega sangrado vía vaginal, niega pérdida de líquido vía vaginal, niega síntomas urinarios y percibe movimientos fetales.

Funciones vitales dentro de los parámetros normales (PA: 100/60 FC: 90 x´ FR: 19 x´ T: 36.4 SatO2: 98% FIO2: 0.21)

Al examen físico: Se encuentra una paciente despierta, activa, conectada con el entorno, con una AU: 35 cm SPP: LCI DU: Ausente MF: ++/+++ FCF: 137, a nivel genitourinario PPL (+) bilateral, encontrándose el resto del examen físico sin otra particularidad.

Ingresa con los diagnósticos:

- Multigesta de 35 semanas con 2/7 por ecografía de i trimestre / no labor de parto;
- Placenta previa total /Acretismo placentario;
- Edad materna avanzada;
- Cesárea anterior 2 veces;
- Descartar: Pielonefritis aguda.

El plan al ingreso en pabellón fue controlar las funciones vitales, monitoreo materno fetal, restringir tactos vaginales, reposo relativo y antibioticoterapia, para posteriormente programarla para una cesárea segmentaria transversa iterativa con histerectomía electiva. Cuatro días después se le decide dar de alta posterior a una vigilancia de sus signos vitales, sangrado vaginal, al ver que todo está dentro de lo normal deciden que se vaya de alta con medicación

de Sulfato ferroso 300 mg, ácido fólico 0.5 mg y carbonato de calcio 500 mg y en 7 días consulta externa por el servicio de ginecología y obstetricia.

1.3.3 Caso clínico N.º 11: Oligohidramnios/ RCIU/ Feto podálico

Paciente de sexo femenino de 23 años, natural de Huancavelica, procedente de Lima con antecedente obstétrico de presentar dos abortos espontáneos en el 2016 en el cual se decide realizar una aspiración manual endouterina y en 2021 se le realiza un legrado uterino por aborto espontaneo con una formula obstétrica actual de G: 3 P: 0020. Paciente acude a emergencia el 10/02/2022, con un tiempo de enfermedad de un día, refiere presentar dolor tipo contracción uterina de regular intensidad que se presentan aproximadamente cada 30 minutos. Acude con ecografía donde indica feto en presentación podálica asociada a oligohidramnios. Niega presentar otra sintomatología.

Funciones vitales dentro de los parámetros normales (PA: 110/60 FC: 80 x´ FR: 18 x´ T: 37C SatO2: 98% FIO2: 0.21)

Al examen físico:

- Examen obstétrico: AU: 29 cm SPP: LPD MF: ++/+++ FCF: 152 x minuto DU: ausente, Tono uterino: normotónico PPF: 2627 gramos, Tacto vaginal: D: 0 CM, B: 30%, AP: flotante, cérvix: posterior, pelvis: ginecoide.

A la ecografía PPF < 3 e ILA de 1.6 cm por tal motivo deciden hospitalizar para monitoreo y término de la gestación.

Ingresa con los diagnósticos:

- Tercigesta nulípara de 38 con 2/7 semanas por ecografía de primer trimestre,
- Feto podálico,
- Oligohidramnios,
- RCIU,

- Vulvovaginitis.

El plan al ingreso en pabellón término de gestación vía abdominal y monitoreo materno fetal, la paciente evoluciona favorablemente posterior a la cesárea segmentaria transversa primaria motivo por el cual deciden darle de alta y control en 7 días por el servicio de ginecología y obstetricia.

1.3.4 Caso clínico n.º 12: Preeclampsia con criterios de severidad

Paciente de sexo femenino de 30 años, natural de Lima, con antecedente obstétrico de gestación no evolutiva de 6 semanas en el 2021 se le realiza una aspiración manual endouterina, con una formula obstétrica actual de G: 2 P: 0010. Paciente acude a emergencia el 03/02/2022, con un tiempo de enfermedad de un día, refiere presentar dolor localizado en epigastrio tipo opresivo con intensidad 7/10 sin irradiación. Negando otros síntomas premonitorios de eclampsia, niega pérdida de líquido vía vaginal, niega sangrado vaginal, niega síntomas urinarios y percibe movimientos fetales.

Funciones vitales dentro de los parámetros normales (PA: 140/90 FC: 72 x´ FR: 18 x´ T: 36.4 °C SatO2: 97% FIO2: 0.21)

Al examen físico: presenta edema en ambos miembros inferiores (++/+++), presentando una AU: 29 cm SPP: LPD MF: +/+++ FCF: 148 x minuto DU: ausente, Tono uterino: Normotónico, Tacto vaginal: D: 0 CM, B: 20%, AP: flotante, cérvix: posterior, pelvis: ginecoide.

Ingresa con los diagnósticos:

- Segundigesta nulípara de 34 semanas x ecografía de primer trimestre/ no en labor de parto,
- Trastorno hipertensivo del embarazo: Preeclampsia con criterios de severidad,
- Feto podálico,
- Asma por historia clínica,

- Obesidad grado I,
- Reacción medicamentosa a ibuprofeno.

En pabellón se le indica iniciar protocolo de sulfato de magnesio, nifedipino 10 mg VO STAT, solicitar proteinuria de 24 horas, perfil de severidad cada 12 horas, vigilar signos de alarma, monitoreo materno fetal con control de dinámica uterina e interconsulta a neonatología para conocimiento del caso.

El mismo día del ingreso se le realiza una cesárea segmentaria transversa primaria de emergencia por presentar preeclampsia con criterios de severidad, posterior a la intervención se indica como plan un perfil de severidad cada 6 horas, proteinuria de 24 horas, control de la presión arterial en hoja de monitoreo, control de diuresis, vigilar signos de intoxicación por sulfato de magnesio. Paciente evoluciona favorablemente motivo por el cual deciden darle de alta.

1.4 Rotación en Pediatría

1.4.1 Caso clínico N.º13: Bronquiolitis

Caso n.º 1, paciente lactante de 2 meses y 6 días de edad de sexo masculino que ingresa a emergencia por presentar 3 días previos cuadros de rinorrea que progresa a tos seca esporádica por lo cual acude a su centro de salud donde le administran dexametasona 2 mg IM y adicionalmente la madre lo automedica con "Hedera Helix" 2 mL cada 6 horas, un día antes de acudir al hospital la rinorrea y la tos persiste e incrementa en frecuencia y rechaza la alimentación ocasionalmente. La madre refiere que nació a término (38 semanas), con buen APGAR al nacer (9" / 9"), inmunizaciones completas, antecedente de hospitalización previa en el Hospital San Bartolomé durante la tercera semana de nacer por una estenosis pilórica con tratamiento quirúrgico, antecedente epidemiológico de familia paterna con enfermedades respiratorias (asma).

Funciones vitales dentro de los límites normales (PA: 100/60 mmHg FC: 160 x' T: 37 °C SatO2: 96% FIO2: 0,21) a excepción de la frecuencia respiratoria (FR: 42 x'), a la ectoscopia se encuentra despierto, irritable y reactivo a su

entorno, piel sonrosada con aparente regular estado general. Al examen físico, se identifica ausencia de aleteo nasal, presencia de tiraje subcostal e intercostal, se ausculta murmullo vesicular pasa ambos hemitórax, presencia de sibilantes espiratorios e inspiratorios en ambos hemitórax y roncantes transmitidos de fosas nasales.

Se diagnostica de bronquiolitis en el lactante, por lo cual se indica limpieza de fosas nasales para expeler las secreciones de vías respiratorias altas con cloruro de sodio al 0.9% aplicando 0.3 mL en cada fosa nasal cada 20 minutos durante 1 hora y vigilar la saturación simultáneamente, para luego proceder a hospitalizar al paciente y continuar con su seguimiento en el piso de pediatría; después de 7 días de hospitalización y mejoría clínica con ausencia de sibilantes se dicta el alta especificando signos de alarma y control en 1 semana por consultorio externo.

1.4.2 Caso clínico N.º 14: Enfermedad por arañazo de gato

El segundo caso consta de una paciente, femenina de 2 años y 3 meses, con tiempo de enfermedad de 8 días que cursa con fiebre (temperatura que oscila entre 38 ° C hasta 39 ° C 3 veces al día aproximadamente, sin patrón), que cede con paracetamol de 100 mg/mL en gotas a 12 mg/Kg/día el cual se indica 4 días después al inicio de los síntomas en una posta cercana; y malestar general con irritabilidad persistente; 3 días antes del ingreso la madre se percata de la presencia de una masa en región submandibular a nivel de la línea media de 2 x 2 cm aproximadamente de consistencia blanda, móvil, de bordes definidos sin signos de flogosis y dolorosa a la palpación; 2 días antes del ingreso se agrega a la sintomatología expuesta 6 deposiciones semilíquidas sin moco ni sangre que se autolimita en 2 días.

Al ingreso persiste la fiebre (T: 39 °C), el malestar general y la masa cervical bajo las mismas características, padres aparentemente sanos, niegan antecedentes de importancia, niegan contacto epidemiológico respiratorio, esquema de inmunización completo, madre refiere que crían 7 gatos de distintas edades, 3 de ellos menores de 1 año sin vacunas completas y que la paciente juega con ellos por lo cual, ha presentado episodios de arañazos

previos. Funciones vitales conservadas (FC: 112 x' FR: 22 x' SatO2: 99% T: 36.5°C), peso (12.3 Kg) y talla (79 cm) dentro de los valores normales.

Dentro del examen físico se encuentra una paciente activa, conectada con su entorno, colaboradora que presenta una herida escoriativa lineal, con costra, de 1.5 cm en mejilla izquierda; en la región submandibular se observa tumoración de consistencia gomosa de 2.5 x 2 cm, móvil, con leve eritema, calor, dolor a la palpación profunda; movimientos espontáneos, movilización activa y pasiva conservada en tono y fuerza; el resto de los sistemas sin alteraciones.

Por lo cual se plantea como diagnóstico un síndrome febril con foco a determinar concomitante a una linfadenitis cervical localizada aguda a descartar etiología (adenitis abscedada o enfermedad por arañazo de gato y/o tuberculosis), para lo cual se solicitan exámenes auxiliares como hemograma (Leucocitos: 11 490 mm³ Segmentados: 5 840 mm³ Linfocitos: 3 470 mm³ Hb: 9.9 mg/dL Plaquetas: 529 000 µL), prueba cutánea de la tuberculina (negativo a las 72 horas) y Bk en esputo, en jugo gástrico y en orina 2 muestras respectivamente (resultado negativo), radiografía de tórax en postero-anterior (sin alteraciones), serología para Bartonella henselae (Ig G > 1:256 - Positivo / Ig M > 1:20 - Positivo) y ecografía de partes blandas cervical dando como conclusión la presencia de una colección heterogénea laminar submandibular de 1-2 cc con adenopatías cervicales de tipo inflamatorio.

Por consiguiente, se hospitaliza para tratamiento con el diagnóstico de enfermedad por arañazo de gato, solo el primer día de hospitalización cursa con pico febril de 38.5 °C, tolera la vía oral satisfactoriamente, recibe tratamiento de oxacilina 150 mg/Kg/día VO + azitromicina 10 mg/Kg/día VO durante los primeros 5 días y luego recibió clindamicina 40 mg/kg/día VO por los siguientes 5 días, al día 8 de hospitalización la tumoración submandibular creció hasta alcanzar un tamaño de 3 x 2 cm posteriormente el día 10 presentó una reducción rápida a 2.5 x 1 cm, sin presentar síntomas adicionales por lo que se decide el alta y control en 5 días por consultorio externo de pediatría.

1.4.3 Caso clínico N.º 15: Síndrome Inflamatorio Multisistémico (MIS-C)

El caso n.º 3, acude una paciente de sexo femenino, 2 años y 1 mes, con tiempo de enfermedad de 4 semanas, de inicio insidioso y curso progresivo - subagudo; 30 días previo al ingreso la paciente empieza con rinorrea, dolor de garganta y tos seca por lo cual la madre administra Amoxicilina 250 mg / 5 mL jarabe VO y Paracetamol 120 mg / 5 mL jarabe VO; a los 15 días presenta con hiporexia, hipoactiva e irritabilidad, vómitos de contenido alimentario de 5 cc aproximadamente 3 veces por día, realiza deposiciones líquidas verdosas malolientes sin moco y sin sangre 3 - 4 veces al día, por lo cual, acude a centro de salud donde le indican Dimenhidrinato 10 mg EV única dosis, sales de rehidratación oral y probiótico bebible con leve mejoría de síntomas, 7 días antes del ingreso se agrega sensación de alza térmica no cuantificada y palidez acudiendo nuevamente al centro de salud donde se le prescribe tratamiento con Paracetamol jarabe VO durante 3 días y control en 5 días para evaluar evolución, 1 día antes del ingreso continúan las deposiciones líquidas 3 veces al día, sin moco ni sangre, presenta palidez, hipoactividad, vómitos alimenticios 3 veces al día y aumento de la temperatura no cuantificable persistente que no mejora a la medicación, por tal motivo ingresa a emergencia.

Dentro de los antecedentes tiene los siguientes:

- Patológico: Atresia esofágica grado III
- Quirúrgico: Toracotomía derecha + Ligadura de fístula traqueoesofágica + Anastomosis Esofágica término-terminal
- Inmunizaciones: Incompletas
- Contacto epidemiológico: Hace 4 semanas contacto directo de caso positivo para COVID-19.

Funciones vitales: FC: 184 x´ FR: 46 x´ SatO2: 99% FiO2: 0.21 T: 38.5°C PA: 109/70, peso (11.500 Kg) y talla (80 cm) dentro de los valores normales.

En la ectoscopia se evidencia una niña en aparente regular estado general, de hidratación y de nutrición, hipoactiva, irritable. En el examen físico la piel se encuentra pálida, llenado capilar < 2 segundos, aumento de volumen bipalpebral (++)/++++); en tórax no es visible tiraje intercostal, murmullo vesicular pasa ambos hemitórax, no ruidos sobreagregados, a la percusión presenta resonancia pulmonar; a nivel cardiovascular los ruidos cardíacos eran rítmicos, normofonéticos, sin soplos; abdomen distendido con ruidos hidroaéreos aumentados en frecuencia e intensidad a la palpación blando y depresible; el sistema nervioso central presenta fuerza muscular (4/5) y tono muscular conservado.

Considerando como impresión diagnóstica:

- Síndrome febril,
- Descartar síndrome inflamatorio multisistémico COVID-19 (MIS-C),
- Descartar enfermedad de Kawasaki lite,
- Descartar anemia,
- Eutrófico,
- Vacunas incompletas.

Se solicitan exámenes para apoyo al diagnóstico: hemograma ((Leucocitos: 27 530 mm³ Segmentados: 22 810 mm³ Hb: 7.2 mg/dL Plaquetas: 923 000 µL), perfil hepático: transaminasas (TGO: 19.69 TGP: 7.13), albúmina (2.75 g/L); prueba antigénica serológica para descartar COVID-19 (resultado positivo), creatinina (0.37 mg/dL), urea (9.14 mg/dL), PCR (112 mg/L), VSG (17 mm/h), Tiempo de tromboplastina (41), INR (1.38)

Ante la clínica inespecífica y la alteración de los exámenes auxiliares se decide hospitalizar para monitoreo y continuar estudios en piso de pediatría. Se da manejo de rehidratación con fluidos vía periférica y sintomáticos con metamizol IV 100 mg/Kg/dosis, ondansetron 0.15 mg/Kg IV; suplemento de hierro 120 mg y ácido fólico 800 ug y probióticos (Lactobacillus rhamnosus);

al tercer día cede la fiebre y las deposiciones líquidas se vuelven pastosas, los resultados de los exámenes empiezan a normalizarse.

Sin embargo, el cuarto día de hospitalización durante la auscultación no se distinguen los sonidos cardíacos y a nivel del abdomen hay disminución de ruidos hidroaéreos, por lo cual se solicitan nuevas pruebas de laboratorio: Hemograma ((Leucocitos: 20 190 mm³ Segmentados: 14 060 mm³ Hb: 9.2 mg/dL Plaquetas: 456 000 μ L), perfil hepático: transaminasas (TGO: 11.28 TGP: 3.83), albúmina (2.66 g/L); creatinina (0.22 mg/dL) , urea (10.41 mg/dL), PCR (85 mg/L), VSG (22 mm/h), tiempo de tromboplastina (33.0), INR (1.31); DHL (443.99 UI/L), fosfatasa alcalina (67 UI/L), CPK-MB (6.91 UI/L). Con estos resultados se solicita una ecografía abdominal encontrando líquido libre abdomino pélvico de volumen 70 cc (Anexo 1), se solicita adicionalmente Dímero D (6.19), Troponina (0,14) y un ecocardiograma con resultado de Derrame pericárdico laminar, por lo cual se inicia manejo con inmunoglobulina 20 gr/Kg en 12 horas en bomba de infusión monitorizando sus funciones vitales más Metilprednisolona 2 mg/Kg y ácido acetilsalicílico 5 mg/Kg.

Luego de 3 días más de hospitalización la respuesta es favorable: Dímero D (3), Troponina (0,06), tolera vía oral, por tal razón se realiza interconsulta con infectología pediátrica del INSN que recomiendan continuar con prednisona durante 7 días. Al día 10 de hospitalización se evidencia disminución en sus marcadores cardíacos por lo que se decide el alta.

1.4.4 Caso clínico N.º 16: Neurocisticercosis

Caso n.º 4, paciente masculino de 7 años y 8 meses de edad con lugar de nacimiento y procedencia Huara ingresa al servicio de pediatría el día 18/10//21 con un tiempo de enfermedad de 1 hora con forma de inicio brusco y curso insidioso, la madre refiere que hace una hora, su hijo se encontraba haciendo clases virtuales, y en medio de estas, se da cuenta que no responde al llamado, cuando lo observa detenidamente describe que presenta una posición tónica, y movimiento clónicos de duración de 15 minutos y post-ictal de 10 minutos, supravversión ocular, asociado a vómitos de contenido alimenticio y pérdida de conocimiento, por lo que acude a emergencia. Niega hospitalizaciones y/o patologías previas, presenta vacunas completas, dentro

de los antecedentes familiares presenta tío materno con diagnóstico de epilepsia por neurocisticercosis.

Dentro de las funciones vitales están conservadas (FC: 89 x' FR: 20 x' SatO2: 99% T: 36.7°C), peso (39 Kg) y talla (132 cm) dentro de los valores normales (P/E :<-2,2> - T/E: <-2,2>) e IMC: 23.1. Al examen físico: Paciente despierto, orientado en tiempo espacio y persona, pupilas isocóricas fotorreactivas, escala de Glasgow 15/15 (AO:4, RV: 5, RM: 6), tono y fuerza muscular conservado; el resto de sistemas sin alteraciones. Por lo que se plantea como posibilidad diagnóstica Estatus convulsivo a descartar neurocisticercosis, adicional al estado eutrófico que presenta, por ende, se solicita tomografía cerebral (imagen en lóbulo parietal izquierdo posterior con lesión de aspecto quístico volumen 0.46 cc con pared bien delimitada de contenido hipodenso interior de forma ovoide con densidad mayor a 1.2 mm y edema parenquimal cerebral peri-lesional; fase vesicular – coloidal) (Anexo 1) y Western Blot (positivo).

Se confirma el diagnóstico de neurocisticercosis y se decide la hospitalización del paciente, el primer día refiere cefalea en región frontal irradiado a región occipital intensidad 3/10, se monitoriza las funciones vitales por lo cual se maneja con Fenitoína 7 mg/Kg/día, ácido valproico 10 mg/Kg/día, diazepam 10 mg condicional a estatus convulsivo y paracetamol 15 mg/Kg/día condicional al dolor; y se solicita teleconsulta al Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) así como una resonancia magnética cerebral, al tercer día de hospitalización se mantiene estable sin nuevos episodios de movimientos tónico-clónicos ni cefalea por lo cual se mantiene únicamente el ácido valproico 10 mg/Kg/día y paracetamol 15 mg/Kg/día condicional, al quinto día se evalúa la posibilidad de alta con indicaciones añadiendo al plan farmacológico albendazol 15 mg/Kg/día más Prednisona 1 mg/Kg/día, el INSN acepta la teleconsulta con neurología pediátrica para control de forma presencial, se indican a familiares los signos de alarma y se emite el alta con referencia para Lima.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Regional de Huacho (H. R. H.) corresponde a un establecimiento de salud con categorización II-2 según la Ordenanza Regional n.º 08-2014-CR-RL, además de ser un hospital docente referencial regional (7).

Se ubica en la Avenida José Arámbulo La Rosa n.º 125 - Huacho, Lima y pertenece a la Dirección Regional de Salud (DIRESA) que rige

Actualmente a cargo del director ejecutivo el Dr. Médico internista Oscar Cirilo Garay Vallenás

Se divide en 4 pisos que distribuye las diferentes especialidades (8):

- Piso 1: Constituido por los consultorios externos, las áreas administrativas (docencia, centro de investigación, servicio social, entre otras) y emergencia (por contexto de pandemia se ha dividido en 2, una que atiende pacientes COVID positivos o sospechosos a descartar donde se toman pruebas de descarte y la emergencia que atiende a pacientes en general).
- Piso 2: Se encuentran los servicios de Medicina Interna y Pediatría.
- Piso 3: Se constituye por el servicio de Ginecología y Obstetricia, sala de partos y Neonatología con su servicio de Cuidados Intermedios y Cuidados intensivos.
- Piso 4: Consta del servicio de Cirugía, sala de operaciones y la unidad de hemodiálisis.

El Hospital Regional de Huacho es un centro de referencia de 45 puestos de salud y 9 centros de salud del área Huaura (Hualmay, Végueta, Carquín, Santa María, Huaura, Ámbar, Sayán) - Oyón (Churín y Oyón). Dentro de estos existen 5 micro redes las cuales son: Hualmay, Végueta, Huaura, Sayán y Churín - Oyón (9, 10)

Por tal motivo, consta con una amplia población concentrada en las regiones de Huaura y Oyón, lo que facilita el proceso de aprendizaje debido a que a diario la diversidad de pacientes que llegan a atenderse es enriquecedor para el interno en formación.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación en Medicina Interna

3.1.1 Caso clínico N.º 1: Litiasis renal

En el presente caso de una paciente, mujer de 16 años con una evolución de 4 días que ingresa luego de diagnosticarla con litiasis renal bilateral e infección del tracto urinario en el cual se pueden identificar factores de riesgo como una la obesidad, una dieta predominante de carbohidratos, rica en proteínas y elevada en sodio, pobre ingesta de agua, lo que produce una serie de mecanismos que genera una mayor concentración de factores litogénicos (11, 12).

Al inicio de su sintomatología al presentar dolor abdominal y al ser una paciente joven se hubiera podido considerar su fecha de última regla ya que tiene 10 días de retraso y solicitar una prueba de embarazo ya que dentro de la población femenina fértil hay que descartar patología obstétrica como embarazo ectópico o torsión de trompa dentro de las complicaciones más frecuentes (13).

Idealmente, la prueba para observar los cálculos renales es la tomografía, sin embargo, la accesibilidad no siempre es posible y la ecografía posee una sensibilidad óptima para identificar litos en el riñón y minimizará la exposición a la radiación en particular en pacientes de edad fértil, por medio de una imagen de refuerzo acústico que orientan a la presencia de cálculos (14).

La clínica puede estar relacionada al tipo de cálculo, siendo los más frecuentes los de oxalato de calcio, que pueden generar alteración del pH aumentándolo lo que favorece y es un factor condiciona una infección urinaria, así como dificultad para fragmentar los litos (15).

Resulta importante solicitar exámenes auxiliares de apoyo al diagnóstico como hemoglobina, examen de orina, urea, creatinina; electrolitos séricos, tal como la menor de edad presentada en este caso, así como exámenes de imágenes para visualizar presencia y número de cálculos en la cavidad renal. La adolescente presentaba valores elevados de leucocitos en el examen de

orina así como ecografía con presencia de cálculos no cuantificables con exactitud, por ende, no debe utilizarse para el control radiológico si los cálculos previos solo fueron cuantificables con TEM sin contraste, radiografías abdominales o tomografías digitales (16, 17)

Por último, el manejo fue hidratación con NaCl 0.9% con ceftriaxona 2 g EV cada 24 horas, metamizol 1 g EV cada 8 horas, hioscina 20 mg EV cada 8 horas, ketoprofeno 10 mg IM, respondiendo favorablemente y luego de 7 días se da alta con indicaciones del servicio de medicina y pasa con interconsulta al servicio de cirugía para posibilidad de cirugía. El manejo fue abordado tal como recomiendan las guías revisadas (18) mediante hidratación parenteral y control del dolor con analgésicos; y según el tamaño de los litos tienen posibilidad de expulsarlos espontáneamente (cálculos < 4 mm) o como el caso de la paciente que tiene litos de 8-10 mm que requiere cirugía por la dificultad de eliminación (litiasis > 5 cm). (19)

La intervención quirúrgica conocida como litotricia en la cual se coloca un catéter en “doble J” para el drenaje ureteral previo al procedimiento, independiente al tamaño del cálculo y su localización pero sí requiere haber resuelto el cuadro de infección urinaria; otro método es la fibroureterorenoscopia previa dilatación del uréter ya sea que el cálculo se encuentre en vía urinaria superior o inferior; la nefrolitotomía percutánea, la pielotomía laparoscópica e incluso la nefrectomía son opciones a tomarse en cuenta según las características del cálculo (20).

3.1.2 Caso clínico N.º 2: Hipoglicemia

Caso N.º 2 el cual corresponde a una paciente femenina de 81 años con múltiples factores de riesgo y comorbilidades que ingresa al servicio de hospitalización de Medicina Interna con el diagnóstico de hipoglucemia como complicación aguda de su patología previa: Diabetes *mellitus*.

Clínicamente la paciente cuenta con el cuadro típico de desorientación y causa de la concentración disminuida de glucosa en sangre, sudoración, palidez y tendencia al sueño lo cual nos orienta a sospechar de una hipoglucemia moderada (21).

En un episodio de hipoglucemia podemos tomar en cuenta la triada de Whipple en la cual se presenta una baja concentración de glicemia, síntomas de hipoglucemia y mejoría de los síntomas una vez se normaliza (22).

Particularmente, en este caso se evidencia que al ser una paciente diabética y tomar fármacos hipoglicemiantes en especial la glibenclamida que es una sulfonilurea y la insulina, que disminuye drásticamente la glucemia resulta la causa metabólica que desencadena el cuadro que la hace ingresar por emergencia, con mayor frecuencia en ancianos. Además de tener en consideración si presenta enfermedades renales o hepáticas, como en el caso de la paciente que tiene una patología de fondo como es la enfermedad renal crónica y las sulfonilureas no se suelen indicar en una tasa de filtración glomerular menor a 45 y en la paciente a evaluar presentó 41 mL/min/1.73m² (23).

Adicional a la clínica se debe considerar el riesgo que conlleva mantener al organismo durante tiempos prolongados de glucosa baja, múltiples revisiones mencionan asociación a la lesión cardíaca mediante hallazgos en el electrocardiograma como intervalo PR corto, QT largo, segmento ST deprimido, riesgo de taquicardia ventricular y muerte súbita; por ello es tan importante el accionar precozmente pues por las comorbilidades que preceden a su enfermedad actual el pronóstico puede ser malo (24). También por aumento de la contractilidad del corazón puede generarse isquemia del músculo cardíaco, alterar la cascada inflamatoria puede producir daño endotelial que aumenta el riesgo cardiovascular y a su vez altera la función plaquetaria y eleva el fibrinógeno; lo cual repercute negativamente en pacientes como la descrita previamente, tal como se plasma en sus exámenes de laboratorio, es decir, aumenta la mortalidad significativamente (25).

Se ha encontrado que el grado de hipoglucemia está relacionado directamente proporcional al riesgo de mortalidad, por tal sentido, es necesario identificar precozmente la clínica y el valor de glicemia mediante una toma de glucosa capilar si se tiene la sospecha (26).

El cerebro también se ve afectado y en hipoglucemia severa y puede llegarse a presentar un Ataque Isquémico Transitorio (ATI) reversible al corregir la glucosa, así también puede generar cambios cognitivos como la demencia, principalmente debido a la labilidad que presentan los adultos mayores (26).

El manejo varía según el grado de la hipoglucemia, en casos leves a moderados el tratamiento se puede dar vía oral mediante la ingesta de carbohidratos aproximadamente 20 g ya que tienen una rápida absorción cómo consumir de 3 - 4 cucharadas de azúcar disueltas en 200 cc de agua, 500 mg de jugo o refresco de fruta con azúcar, 1 cucharada de azúcar o miel y/o 2 cucharadas de pasas, ya que aportan 15 g de glucosa aproximadamente al ingerirlos y luego de 10-15 minutos se toma una glucemia capilar de mantener la hipoglucemia se repite nuevamente (26, 27). No están recomendados los chocolates o dulces duros y/o masticables debido a que son ricos en grasas y demora en poder absorber los carbohidratos.

En caso de una hipoglucemia severa se debe valorar el estado de conciencia, como tratamiento de primera línea se considera la administración de glucosa 25 g IV (4 ampollas de Dextrosa al 33%) por 1 a 3 minutos y posteriormente administrar suero fisiológico al 0.9% por el riesgo de flebitis; de no ser factible utilizar la vía periférica se puede utilizar glucagón 1 mL IM y se procede a reevaluar mejoría de síntomas luego de 15 minutos; sin embargo, no se suele utilizar con frecuencia debido a que el glucagón además de aumentar la glucosa, estimula la insulina paralelamente y puede generar náuseas y vómitos retrasando la tolerancia oral, generalmente el glucagón se utiliza en gestantes y puérperas, no se recomienda su uso en alcohólicos ni en personas con ACV por el riesgo de edema cerebral y/o infarto. Las revisiones también mencionan que en caso de hipoglicemia por sulfonilureas en altas dosis se requiere corregir con Octreotide 50 µg SC cada 8 horas hasta mejorar los síntomas. (27)

3.1.3 Caso clínico N.º 3: Muñón infectado por complicación de Diabetes *mellitus*

Paciente femenina de 69 años, con antecedente de hipertensión arterial y diabetes *mellitus* en tratamiento irregular de ambas patologías. Ingresa con

los diagnósticos de pie diabético: Muñón infectado izquierdo (Postoperada por amputación infracondílea miembro inferior izquierdo). Durante su estancia hospitalaria se decide realizar un angioTEM, glucosa, urea, creatinina, hemoglobina, hematocrito para valorar el seguimiento del paciente. Dentro de los cuales la paciente no controlaba glucemias con tendencia a la hipoglucemia motivo por el cual se decide disminuir la dosis de NPH a 7 UI, en este caso si un paciente hace hipoglucemia podríamos tener dos opciones administrar Dextrosa al 33% o podemos darle alguna bebida azucarada con el objetivo de controlar la glucemia.

En cuanto a la antibioticoterapia estuvo recibiendo ceftriaxona 2gr c/24 horas EV y clindamicina 600 mg c/8 horas EV por un periodo de 7 días, con un resultado favorable, motivo por el cual se suspende la antibioticoterapia para finalmente decidir enviar interconsulta al servicio de traumatología y ver la conducta de manejo que necesitaba.

Se envía interconsulta al servicio de Oftalmología para evaluación de retinopatía diabética con fondo de ojo, el servicio responde con una impresión diagnóstica de retinopatía diabética proliferativa moderada sugiriendo control metabólico estricto y control por consultorio externo del servicio de oftalmología al alta del paciente.

Se decide enviar interconsulta al servicio de cirugía de tórax y cardiovascular posterior al resultado del angioTEM para manejo quirúrgico, el servicio sugiere hacer limpieza quirúrgica y amputación supracondílea por mal lecho vascular.

Ante sugerencia del servicio de cirugía de tórax y cardiovascular, se hace una interconsulta al servicio de traumatología para conducta quirúrgica, el servicio de traumatología decide realizar amputación supracondílea izquierda programando para 10/02/2022.

Al hablar de un paciente diabético observamos de muchas complicaciones ya sean crónicas (vasos pequeños: nefropatía diabética, retinopatía diabética, neuropatía diabética y vasos grandes: enfermedad arterial periférica, "stroke", enfermedad coronaria) o agudas crisis hiperglucémicas (cetoacidosis diabética o estado hiperosmolar hiperglucémico) o riesgo de hipoglucemias

por tal motivo debemos indicar seguir un control estricto monitorizando la glucemia ya sea con hemoglucotest pautando ciertas horas indicadas a las 6:00 am, 2:00 pm y 10:00 pm o glucemia basal de esta manera evaluaremos si nuestro paciente responde al tratamiento impuesto, generalmente se inicia con insulina NPH agregando o disminuyendo la dosis que necesita dependiendo si presenta tendencia a la hipoglucemia se disminuirá la dosis, viceversa si presenta tendencia a aumentar, pudiendo agregar a la terapéutica Tramadol 50 mg condicional al dolor y Dimenhidrinato de 20 mg para prevenir las náuseas o vómitos que puede causar el uso de Tramadol. Adicionando que presenta comorbilidad de hipertensión arterial debemos evaluar la función renal para ver el grado de compromiso que presenta, actualizando cada 4 días la toma de urea, creatinina y manejando la hipertensión ya sea con un IECA o ARA II, como la paciente presenta diabetes el fármaco de elección es un IECA ya que presenta doble función tanto antihipertensivo como antiproteinúrico, de lo contrario si no controla presiones con el fármaco de primera línea podríamos agregar uno más como calcio antagonista amlodipino. (28)

Debemos recordar también cuales son las metas de control para un paciente diabético: glicemia en un paciente hospitalizado debe estar entre los 140 a 180 mg/dl, HbA1c: < 7%, HDL: > 50, LDL dependiendo de los factores de riesgo cardiovascular < 100 si no está presenta ningún factor de riesgo, pero en el caso de nuestra paciente sería un control óptimo de LDL < 70, TG < 150. (28)

En cuanto a la estancia hospitalaria del paciente, es necesario tratar de efectivizar lo más pronto posible ya que hablamos de un paciente inmunosuprimido con mayor predisposición a infecciones, y en cuanto a las curaciones del paciente tienen que ser diarias para que no exista riesgo de que el cuadro evolucione desfavorablemente.

Como nuestra paciente es una post operada de amputación infracondílea con muñón infectado, es necesario hacer un cultivo para ver si la antibioticoterapia aplicada es la correcta o sería necesario rotar de antibiótico.

3.1.4 Caso clínico N.º 4: Tuberculosis pulmonar

Antes del ingreso a pabellón el paciente masculino de 37 años pasa a observación donde deciden descartar hemorragia digestiva alta por varices esofágicas enviando una interconsulta al servicio de gastroenterología, el servicio sugiere un estudio de imagen en tórax (radiografía de tórax o tomografía pulmonar) e Inhibidores de bomba de protones ya que la impresión diagnóstica para el servicio fue de neoplasia pulmonar versus tuberculosis y con resultados reevaluación. Contando con la radiografía de tórax evidenciándose un infiltrado en ápice izquierdo se realiza una interconsulta al servicio de neumología, el servicio concluye como impresión diagnóstica por el cuadro de hemoptisis descartar una tuberculosis pulmonar, dejando como sugerencia realizar baciloscopia en esputo, agregando a tratamiento ácido tranexámico 1 gramo endovenoso c/8 horas y reevaluación con los resultados. Los resultados de la baciloscopia en esputo (++) , adicionada a la clínica y a la radiografía de tórax se concluye como tuberculosis pulmonar sugiriendo el inicio de esquema sensible según peso del paciente (55Kg), motivo por el cual deciden pasarlo a pabellón para posterior alta. Al ingreso en pabellón inician el esquema sensible de tuberculosis pulmonar adicional a esto una dieta completa hiperproteica, ácido tranexámico 1 g EV cada 8 horas, omeprazol 40 mg EV cada 24 horas y codeína 10 cc VO cada 8 horas (antitusígeno). Al segundo día de hospitalización, se envía una interconsulta al servicio de dermatología para evaluación y manejo de tiña capitis, el servicio de dermatología concluye que presenta dermatitis seborreica sugiriendo agregar a la terapéutica fluconazol 150 mg tableta por dos semanas, mometasona al 0.1% por una semana, triamcinolona 0.025% por 1 semana. Al quinto día de hospitalización se observa respuesta favorable por parte del paciente, motivo por el cual se indica darle de alta con una hoja de contrarreferencia para que pueda seguir con su tratamiento en el centro de salud más cercano.

En el manejo de tuberculosis pulmonar generalmente se inicia con el esquema sensible previa toma de cultivos para verificar que no sea resistente al tratamiento ofrecido, con un tiempo de duración de 6 meses, hablamos de una primera fase donde se inicia con los 4 medicamentos principales isoniacida,

rifampicina, pirazinamida y etambutol de manera diaria por un periodo de 2 meses, posteriormente para la segunda fase solo se inicia con Isoniacida y rifampicina tres veces por semanas por un periodo de 4 meses. (29)

Es importante hacer mención que para el diagnóstico no solo contamos con baciloscopia que presenta una baja sensibilidad ya que si hablamos de una tuberculosis latente o subclínica probablemente salga una baciloscopia negativa, contamos con cultivos en medio sólido o líquido, lo cual nos permite la sensibilidad que puede tener el paciente a los fármacos que va a recibir y decidir rotar de fármacos si fuera necesario para un mejor manejo dependiendo si hablamos de una tuberculosis sensible a fármacos de primera línea, multidrogorresistente (resistente a Isoniacida y Rifampicina), extremadamente resistente (resistente a fármacos inyectables de segunda línea: kanamicina, amikacina, capreomicina y quinolonas)

Al tener un paciente que ingresa con sintomatología inespecífica, como tos no productiva asociada a hemoptisis y vómitos llegando a hematemesis debemos pensar ante este cuadro en una patología respiratoria descartando tuberculosis pulmonar, por ser uno de los países latinoamericanos con más casos de tuberculosis notificado; el paciente como presenta hábitos nocivos de alcohol y tabaco podríamos pensar en una neoplasia pulmonar pero muy alejada por la edad que presenta no es tan común este diagnóstico. Se debe informar a los pacientes sobre algunos efectos de los fármacos de primera línea como neuritis retrobulbar con el uso de etambutol, colestasis o síndrome pseudogripal con el uso de rifampicina, neuropatía periférica por el uso de isoniacida, hiperuricemia por el uso de pirazinamida. (29)

3.2 Rotación en Cirugía

3.2.1 Caso clínico N.º 5: Apendicitis aguda

Según lo expuesto en el caso, una paciente, mujer de 61 años de edad con cuadro agudo de dolor abdominal de 5 días de evolución, que pese a no presentar un examen físico detallado en el servicio de Medicina se le administró tratamiento sintomático sin el uso de analgésicos que posee la posibilidad de enmascarar alguna patología de mayor frecuencia como la apendicitis, por lo cual, es importante descartar oportunamente debido al riesgo de perforación y la dificultad que acarrea en el manejo ya que resulta ser más invasivo y con pronóstico de gravedad.

Fisiopatológicamente, en adultos mayores, se produce por obstrucción mecánica de la luz de la base apendicular debido a fibrosis tisular e interrumpe el paso del flujo del contenido intraluminal, que suele ser causada en primer lugar por fecalitos, seguido de los cálculos, en tercer lugar los tumores ya sean benignos (mucocèle) o malignos (carcinoma) característicos de este grupo etario; sin embargo, la revisión sugiere que los cálculos presentan una mayor tendencia a perforarse en un 45% a diferencia que los fecalitos con un 19%; por lo tanto, se infiere que según el tipo de obstrucción luminal nos orienta la posibilidad de predecir la perforación del apéndice (30, 31).

Conforme incrementa presión luminal e intramural la obstrucción produce cambios como trombosis y oclusión de los pequeños vasos de la pared apendicular que genera estasis del flujo linfático estimulando al peritoneo visceral que lo rodea produciendo inflamación del apéndice y de las fibras nerviosas aferentes viscerales tipo C, por lo cual, transmiten información de dolor abdominal central, mal localizado o difuso; con el transcurso de las horas se estimula el peritoneo parietal adyacente conformado con fibras nerviosas tipo Aδ mielinizadas que permite localizar el dolor somático (Mc Burney positivo) (32), durante este periodo la proliferación de bacterias incrementa a predominio de aerobios Gram (-) como *Escherichia coli*, *Bacteroides fragilis*, *Pseudomonas* y/o *Peptostreptococcus*, que comprometen el flujo vascular y por lo tanto, en la pared del apéndice se produce isquemia y luego se

necrotiza. Las bacterias anaerobias empiezan a colonizar la luz generando exudado neutrofílico con marcada leucocitosis lo que produce dolor tipo irritación peritoneal (33)

Particularmente, en este caso, debido al tiempo prolongado (5 días de evolución) de los síntomas predispuso a encontrar hallazgos sugestivos de apendicitis complicada específicamente perforada, adicional a las imágenes encontradas en la tomografía abdominal en la que se visualizó alteración de la densidad de los planos grasos peritoneales asociado a líquido libre en cavidad peritoneal compatible con peritonitis generalizada; en circunstancias favorables se hubiera optado por la intervención quirúrgica con una evolución menor a 12 horas (34) idealmente cuando el paciente se encuentra estable y el apéndice está en fases iniciales (congestiva y/o flemonosa); por ende, resulta tan pertinente centrar la importancia en el examen físico para evitar pasar por inadvertido algún signo que nos oriente hacia la patología, y cabe destacar que el conjunto de signos refuerzan la sospecha diagnóstica. De modo que, durante las primeras horas de iniciada la sintomatología esta suele ser sutil, y puede pasar desapercibido ante los pacientes y el mismo personal de salud; así pues, debe realizarse una buena anamnesis y un examen físico detallado. (35, 36)

La escala de Alvarado nos permite clasificar el riesgo existente ante la sospecha de abdomen quirúrgico agudo de fosa iliaca derecha sugestivo de apendicitis, valiéndose de datos clínicos y laboratoriales; con respecto a ello resulta complicado clasificar a la paciente en cuestión ya que algunos datos fueron inespecíficos, sin embargo, con la información expuesta se puede considerar a la paciente en un riesgo moderado por obtener un puntaje de 5 (36).

Según el manejo de apendicitis el paciente al ingreso debe recibir hidratación con líquidos endovenosos, administrar antibióticos intravenosos como el Metronidazol 2 g EV, corregir alteraciones electrolíticas según se presente, evitar el manejo del dolor pues enmascara la clínica, la monitorización de los signos vitales y diuresis mediante colocación de sonda Foley sobre todo en pacientes con deshidratación severa, mientras se espera intervención

quirúrgica por el servicio de cirugía en la brevedad posible para minimizar el riesgo de progreso hacia la perforación (37).

En este caso, la paciente luego de la cirugía pasó a UCI durante 2 días por la presencia de factores de riesgo como la edad, lo invasiva de la operación y el uso de máscara de reservorio por una saturación de 96%, de modo que, se requiere una vigilancia constante que proporciona el área de UCI y permite la recuperación en pacientes con alta morbilidad, lo cual demuestra que contar con disponibilidad de camas en UCI ayuda a disminuir el riesgo de mortalidad.

Por tal motivo, en todo paciente adulto mayor con dolor abdominal se debe tener como sospecha diagnóstica apendicitis aguda por la amplia variabilidad de síntomas y no debe iniciarse manejo analgésico hasta descartar proceso quirúrgico probable.

3.2.2 Caso clínico N.º 6: Masa apendicular

Respecto al segundo caso de la paciente, mujer de 67 años con diagnóstico de masa apendicular se destaca el manejo del dolor previo al ingreso por emergencia, debido a que la automedicación con analgésicos encubre la verdadera sintomatología y por lo tanto, resulta difícil tener un examen físico confiable que se adecue a la historia natural de la enfermedad de apendicitis (38), a consecuencia de ello se retrasa el diagnóstico oportuno, incluso se puede llegar a un diagnóstico erróneo, el manejo quirúrgico se aplaza e incrementa el riesgo de perforación conforme transcurren las horas; en el actual escenario fueron 10 días de enfermedad, lo que hubiera diferido sustancialmente de haberse evitado la ingesta de analgésicos (39).

Particularmente, en la paciente al presentar varios días (más de 5 días) de inflamación apendicular las asas intestinales se adhirieron en conjunto con el epiplón mayor entorno al apéndice encapsulando como mecanismo de defensa para evitar la perforación del órgano vestigial y por consiguiente limitar la posibilidad de una peritonitis formando el plastón o flemón apendicular, tal como se pudo localizar al ingreso de emergencia en el examen físico una masa en fosa iliaca derecha de 3 x 5 cm (40).

El manejo según los estudios revisados pese a no haber un consenso se indica el tratamiento con antibióticos intravenosos por lo menos de 1 a 4 días y continuar con antibióticos orales hasta por 10 días, existen diferentes fármacos utilizados como Ceftriaxona 1 g IV más metronidazol 500 mg IV o Ciprofloxacino 400 mg IV más metronidazol 500 mg IV o Ceftriaxona 1 g IV más clindamicina 600 mg IV (38, 41); semejante al manejo realizado en el Hospital Regional de Huacho, se realiza seguimiento de los signos vitales, la dieta se restaurar vía oral según la tolerancia, y según la mejoría de los síntomas como el dolor abdominal, fiebre, hiporexia, entre otros, se opta por emitir el alta para posteriormente llevar a cabo una apendicectomía de intervalo luego de cumplir el tratamiento farmacológico del flemón apendicular (42). Teniendo en cuenta que el manejo no quirúrgico se considera como primera línea tiene una tasa de éxito mayor al 93% y solo el 7% es refractario al manejo antibiótico sin alivio o mejoría de la clínica; para luego intervenir por el servicio de cirugía considerando exámenes preoperatorios y de imágenes. (43)

El tiempo estimado para realizar la apendicectomía de intervalo es variable respecto a la bibliografía, oscilando entre 3 a 6 meses post inicio de tratamiento médico, ya que permite reducir la inflamación apendicular y por lo tanto la morbilidad disminuye considerable, siendo más que suficiente el manejo conservador que algunos estudios. (43, 44)

3.2.3 Caso clínico N.º 7: Hernia inguinal

Al ingresar a pabellón, paciente en su postoperatorio 3 de hernioplastia inguinal derecha más resección ileal con anastomosis término - terminal. Se decide reiniciar de manera gradual la dieta vía oral: No alimentos por vía oral durante las primeras 24 horas, continuando con líquidos y dieta blanda a partir del tercer día. En los primeros días, se inicia reposición hidroelectrolítica con dextrosa 5% + NaCl 20% + KCl 20% y se administró metoclopramida 10 mg EV cada 8 horas a fin de restituir el tránsito intestinal prontamente.

Se mantuvo la antibioticoterapia con ceftriaxona 2 g EV cada 24 horas + Metronidazol 500 mg EV cada 8 horas. En cuanto al manejo del dolor se indica metamizol 1 g EV condicional a dolor o fiebre y/o ketoprofeno 100 mg EV cada

8 horas, y posteriormente paracetamol 500 mg VO cada 8 horas. Se dispuso el alta médica y continuar antibiótico por vía oral (Cefuroxima 500 mg cada 12 horas por 5 días) y analgesia con paracetamol 500 mg VO cada 8 horas por 3 días. El paciente fue intervenido quirúrgicamente ya que presentaba hernia inguinal complicada que incluso llevó a reseccionar parte del intestino.

En caso de haber desarrollado estrangulamiento u obstrucción intestinal se debe realizar una reparación quirúrgica urgente, se estima que la cirugía dentro de las primeras cuatro a seis horas posterior al inicio de la clínica puede prevenir la pérdida intestinal debido a alguna de estas complicaciones (45, 46).

A diferencia de pacientes con hernia inguinal encarcerada de forma aguda, pero sin signos de estrangulamiento se puede ofrecer una reparación quirúrgica urgente, o intentar reducir la hernia en aquellos pacientes que quieran una cirugía electiva. Si hay éxito al hacer la reducción de la hernia, se debe hacer un seguimiento estricto en dos días para excluir encarceramiento recurrente y preparar una reparación electiva, en caso de que no se haya logrado reducir la hernia se debe solicitar una cirugía urgente (47).

Está recomendado la reparación de todas las hernias de la ingle encarceradas o estranguladas con un abordaje abierto para minimizar riesgo de lesión intestinal. En los casos en los que se ha producido una perforación intestinal debido a isquemia o necrosis intestinal, la colocación de malla está contraindicada, lo que excluye una reparación laparoscópica. La reparación abierta se puede realizar con o sin malla y, por lo tanto, es el tratamiento preferido para las hernias complicadas en las que el riesgo de infección activa o contaminación es alto (48, 49).

Según una revisión Cochrane, los antibióticos profilácticos tenían poco o ningún efecto sobre la reparación de hernia inguinal abierta electiva para prevenir infecciones de heridas en lugares de bajo riesgo de infección, pero pueden ser beneficiosos para prevenir infecciones superficiales de heridas en entornos de alto riesgo. Los antibióticos profilácticos deben cubrir la flora cutánea habitual, incluidos los microorganismos grampositivos aeróbicos,

estreptococos aeróbicos, estafilococos y enterococos. Para que sean eficaces, los antibióticos profilácticos deben administrarse una hora antes del momento de la incisión (50).

En cambio, aquellos pacientes que se someten a reparaciones urgentes de hernias inguinales y/o femorales deben recibir antibióticos según la complicación. Para esos pacientes, los antibióticos se consideran terapéuticos en lugar de profilácticos, y la cobertura inicial debe ser amplia. Una vez que se ha obtenido un cultivo intraoperatorio, la terapia con antibióticos adicionales debe guiarse por los datos microbiológicos. El esquema indicado para cirugías de intestino delgado y/o reparaciones de hernia incluye: Cefazolina 2g EV + Metronidazol 500 mg, con el objetivo de cubrir bacilos gramnegativos entéricos, anaerobios, enterococos (51).

3.2.4 Caso clínico N.º 8: Trauma abdominal cerrado

En la hospitalización, el paciente ingresó en su post operatorio inmediato de una Laparotomía exploratoria más esplenectomía por hemoperitoneo y trauma esplénico grado IV. En las primeras 24 horas, permanece en NPO + Sonda nasogástrica que es retirada al segundo día del ingreso, y se repuso volumen con dextrosa 5% + NaCl 20% + KCl 20% durante ese intervalo de tiempo. Se inició progresivamente la dieta por vía oral con líquidos claros y dieta blanda hipograsa desde el tercer día. Se continuó antibioticoterapia con ceftriaxona 2 g EV cada 24 horas y analgesia con Tramadol 50 mg SC cada 8 horas y Metamizol 1 g EV cada 8 horas. Se realizaron curaciones diarias de la herida operatoria y movilización del dren Penrose. Asimismo, se coordinó con el servicio de Medicina Interna para la vacunación correspondiente por ser paciente post esplenectomizado.

Según la Asociación Estadounidense para la Cirugía del Trauma (AAST), una lesión esplénica de grado IV se refiere a cualquier lesión en presencia de una lesión vascular esplénica o sangrado activo confinado dentro de la cápsula esplénica, desgarró parenquimatoso que afecta vasos segmentarios o hiliares que producen > 25% de vascularización. (52) Según los principios de soporte vital avanzado para traumatismos (ATLS), el paciente traumatizado hemodinámicamente inestable con una evaluación enfocada positiva con

ecografía en trauma (FAST) o aspiración / lavado peritoneal de diagnóstico (DPA / DPL) requiere exploración abdominal de emergencia para determinar la fuente de hemorragia intraperitoneal (53, 54).

Posterior a la movilización, se aísla tanto la arteria como la vena esplénica en el hilio, generalmente, cada vaso se debe ligar y dividir individualmente de esta forma prevenimos el desarrollo de una fístula arteriovenosa. Debemos tener cuidado durante el aislamiento y la ligadura de los vasos hiliares para identificar y así evitar lesiones a nivel de la cola del páncreas, que se encuentra adyacente al hilio esplénico. Posterior a la extracción del bazo, se debe examinar cuidadosamente el lecho esplénico en busca de sangrado, ya que está localizada en el cuadrante superior izquierdo y es posible no visualizar el sangrado fácilmente (55).

Se obtienen hematocritos seriados y recuentos de plaquetas después de la reparación esplénica o la esplenorrafia para monitorear la hemorragia posoperatoria y la trombocitosis. No existe un régimen óptimo; sin embargo, verificamos el hematocrito cada ocho horas durante las primeras 24 horas. Los pacientes que se han sometido a una reparación esplénica deben controlarse de manera similar a los que se someten a un tratamiento no quirúrgico. Los pacientes que se han sometido a una cirugía abdominal superior tienen un riesgo mayor que el promedio de complicaciones pulmonares debido al dolor asociado con la incisión abdominal y el entablillado. Por lo tanto, deben instituirse ejercicios de respiración profunda, espirometría de incentivo o dispositivos de presión espiratoria positiva para abordar la posibilidad de atelectasia significativa. (56, 57) Entre las causas más comunes de sepsis e infecciones graves que pueden prevenirse mediante vacunación en pacientes con deterioro de la función esplénica son *S. pneumoniae* (neumococo), *Haemophilus influenzae* tipo b y *Neisseria meningitidis* (meningococos). Para protegerse contra estos microorganismos, la mayoría de los pacientes con deterioro de la función esplénica requieren:

- Vacuna antineumocócica conjugada 13-valente (PCV13) seguida de la antineumocócica polisacárida 23-valente (PPSV23) \geq 8 semanas después.

- Vacuna contra H. influenzae tipo b (Hib)
- Vacunas conjugadas meningocócicas tetravalentes
- Vacunas antimeningocócicas monovalentes del serogrupo B (58, 59)

3.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia

3.3.1 Caso clínico N.º 9: Enfermedad pélvica inflamatoria

Se presenta a una paciente de 23 años, que acude por emergencia acompañada de su pareja por presentar dolor pélvico de intensidad 9/10 asociado a leucorrea abundante, se descartó patología obstétrica, encontrando criterios sugerentes de enfermedad pélvica inflamatoria tipo II.

Según la norma técnica del Minsa podemos hablar de un síndrome doloroso abdominal bajo englobando a una enfermedad pélvica inflamatoria o endometritis, recordando que para hacer el diagnóstico hablamos de los criterios de Hager, necesitando dos criterios mayores o un criterio mayor y dos menores (dentro de los criterios mayores tenemos historia de actividad sexual, dolor a la movilización cervical, dolor abdominal bajo, dolor a la palpación de anexos y ecografía no sugestiva de otra patología y dentro de los criterios menores leucocitosis > 10 000, exudado de Neisseria gonorrhoeae, temperatura > 38 C, VSG elevada, PCR elevada).

Existen factores de riesgo para enfermedad pélvica inflamatoria dentro de los cuales están: Mujer sexualmente activa, múltiples parejas sexuales, antecedente de Enfermedad Pélvica Inflamatoria, también se asocia al uso de dispositivo intrauterino (T de cobre) por infección ascendente por el agente Actinomyces israelii (60).

En el examen físico, tienen dolor abdominal a la palpación, mayor en los cuadrantes inferiores, que puede ser simétrico o no. La sensibilidad al rebote, la fiebre y la disminución de los ruidos intestinales generalmente se limitan a las mujeres con EPI más severa. También es común la secreción endocervical purulenta y/o la secreción vaginal. La mayoría de las mujeres con EPI pueden recibir tratamiento de forma segura y ambulatoria. Sin embargo, como criterio

de hospitalización puede presentar clínica grave (fiebre alta, náuseas, vómitos, dolor abdominal intenso) o una EPI complicada con absceso pélvico (incluido el absceso tubo-ovárico). En otras indicaciones, también puede ser por incapacidad para tolerar la vía oral debido a náuseas y vómitos, embarazo, falta de respuesta al tratamiento y preocupación por la falta de adherencia a la terapia. El manejo farmacológico con antibióticos es la piedra angular del tratamiento que debe proporcionar una amplia cobertura empírica para la extensa gama de patógenos implicados en infecciones por *Neisseria gonorrhoeae* y *C. trachomatis* que son los agentes principales. Se decide hospitalizar a esta paciente ante el dolor que manifiesta para iniciar antibióticos EV y manejo del dolor (61).

Esto representa las recomendaciones realizadas con las guías de la CDC sobre enfermedades de transmisión sexual, las cuales incluyen dolor abdominal severo como motivo de hospitalizar a una paciente con enfermedad pélvica inflamatoria. La paciente tuvo una respuesta favorable a los antibióticos (gentamicina y clindamicina EV), a los antiinflamatorios y analgésicos utilizados. Se realiza una ecografía transvaginal la cual confirma la presencia de líquido libre en fondo de saco, causante de la pelviperitonitis que manifestaba la paciente y se evidenció ausencia de masas y/o abscesos. Se mantuvo afebril y tras la desaparición del severo dolor por lo que se decide dar de alta a la paciente.

3.3.2 Caso clínico N.º 10: Placenta previa y acretismo placentario

Paciente, femenina de 38 años, multigesta de 35 semanas con 2/7 por ecografía de primer trimestre, ingresa a emergencia con una ecografía que indica placenta previa total con acretismo placentario. El primer día de hospitalización pasa a cuidados intermedios donde le controlan las funciones vitales cada hora, monitoreo materno fetal, control de la dinámica uterina, la manejan con NaCl 0.9% 1000 ml en 30 gotas más betametasona 12 mg cada 24 horas IM, ceftriaxona 2 gr EV cada 24 horas y vigilar signos de alarma.

Posteriormente, deciden pasarla al área de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) donde se decide enviar interconsulta al servicio de Urología para colocación de “pig tail” para cirugía electiva (cesárea), este servicio responde a la

interconsulta sugiriendo toma de urocultivo control y posterior a un urocultivo negativo se podrá programar por el servicio de urología la colocación del “pig tail”, indica que pasada dos días idealmente de la colocación recién se podrá realizar la cirugía electiva.

Pasado los cuatro días salen los resultados de urocultivo el cual es negativo, haciendo una nota preoperatoria donde se consigna que se le informa a la paciente de alto riesgo de acretismo placentario por antecedente y signos ecográficos, informando también riesgos de cirugía, probabilidad alta de histerectomía abdominal total y de lesión vesical importante. Se le realiza una laparotomía exploratoria: cesárea corporal transversa + histerectomía obstétrica + rafia de vejiga por recién nacido pretérmino de 36 semanas por Capurro + acretismo placentario. Posteriormente. pasa a puerperio patológico donde deciden realizar una interconsulta al servicio de urología para sugerencias y recomendaciones, el servicio sugiere mantener la sonda Foley permeable por 3 semanas.

Posterior a la operación se le deja con indicaciones de control de sangrado vaginal e higiene vulvo-perineal, dextrosa al 5% 1000 cc + NaCl al 20% y oxitocina, control de funciones vitales, clindamicina 900 mg EV c/8 horas + gentamicina 80 mg c/ 8 horas, ketoprofeno 100 mg c/ 8 horas y mantener sonda Foley permeable por 14 días.

Se envía una interconsulta al servicio de urología para sugerencias, el servicio sugiere mantener la sonda Foley por 21 días y acudir por consulta externa para retiro de sonda. Siendo dada de alta con evolución favorable.

Placenta previa es considerada una de las hemorragias que se puede presentar en el segundo trimestre de la gestación, definida por una implantación anormal del tejido trofoblástico con relación al orificio cervical interno. En el caso clínico nuestra paciente presenta riesgo por haber tenido cesáreas anteriores, legrado uterino y ser gestante añosa. El diagnóstico de placenta previa es mediante una ecografía transvaginal donde se evidencia la localización anómala de la placenta, en nuestro caso la paciente ya venía con una ecografía evidenciando el diagnóstico pero de igual manera se le indica

realizarse una ecografía obstétrica para poder confirmar el diagnóstico de la anterior ecografía, indicando que presenta signos de acretismo placentario, aquí cabe recalcar que es necesario descartar acretismo placentario cuando encontramos una paciente con diagnóstico de placenta previa y con antecedente de cirugías uterinas (siendo el factor predictor más importante de acretismo placentario, mayor número de cesáreas), con el uso de imágenes Doppler de flujo en color podemos hacer el diagnóstico, ya que el hallazgo más común de placenta acreta es el flujo sanguíneo laminar turbulento, otros hallazgos incluyen aumento de la vascularización sub placentaria, brechas en el flujo sanguíneo miometrial y vasos que unen la placenta con el margen uterino (62, 63). Recordando que una de las complicaciones puede ser rotura prematura de membranas, parto pretérmino y prematuridad (lo cual sucede con nuestra gestante, tuvo una gestación que culminó con un feto pretérmino de 36 semanas por Capurro). El uso de corticosteroides prenatales se puede usar como indicación obstétrica, administración un ciclo de 48 horas antes de un parto por cesárea programada para menores de 37 semanas ya que reduce el riesgo de muerte perinatal, muerte neonatal y el síndrome de distrés respiratorio.

Se sugiere una ventana de 34 0/7 a 35 6/7 semanas de gestación como edad gestacional adecuada para una cesárea programada o una histerectomía. Es posible que se requiera un parto más temprano en casos de sangrado persistente, preeclampsia, trabajo de parto, ruptura de membranas, compromiso fetal o desarrollo de comorbilidades maternas. No se recomienda esperar más allá de las 36 0/7 semanas de gestación porque aproximadamente la mitad de las mujeres con espectro de placenta acreta más allá de las 36 semanas requieren un parto de emergencia por hemorragia. En la mayoría de los casos, cuando es necesaria una histerectomía, se requiere una histerectomía total porque el segmento uterino inferior o el sangrado cervical con frecuencia impiden una histerectomía supracervical (64).

3.3.3 Caso clínico N.º 11: Oligohidramnios/ RCIU/ Feto podálico

Paciente femenina de 23 años, tercigesta nulípara de 38 semanas 1/7 por ecografía de II trimestre, ingresando a emergencia con ecografía donde indica feto en presentación podálica asociada a oligohidramnios, motivo por el cual se decide hospitalizar y terminar con la gestación. Se decide tomarle una ecografía obstétrica al ingreso donde evidencia gestación única activa de 38 1/7 por ecografía con un peso fetal en percentil 2, SPP: Longitudinal, Podálico, Derecho. Se prepara a la paciente para entrar a sala, los resultados de los prequirúrgicos indican anemia moderada y los demás exámenes salen dentro de los valores normales. Se decide realizar cesárea segmentaria transversa primaria por presentación de feto podálico, posterior a la cesárea la paciente pasa a puerperio patológico donde le administran dextrosa al 5% 1000 cc, NaCl al 20% 2 ampollas y oxitocina de 20 mg en ampolla, ketoprofeno 100 mg EV c/8 horas y tramadol de 50 mg, controlando signos vitales, control de sangrado vaginal e higiene vulvo perineal, hierro sacarato. Posteriormente al permanecer 3 días en puerperio patológico le dan de alta al ver un cuadro de evolución favorable en la herida de sitio operatorio sin signos de flogosis y útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical sin presentar fiebre, dejándole medicación con ácido fólico 0.5 mg vía oral c/24 horas, sulfato ferroso 300 mg c/24 horas, carbonato de calcio de 500 mg c/24 horas y pasar por consultorio externo de ginecología y obstetricia en 7 días.

Oligohidramnios es el volumen de líquido amniótico menores al valor normal esperado en la edad gestacional, generalmente se diagnostica mediante ecografía, puede ser idiopático o de causa materna, fetal o placentaria, el pronóstico del feto va a depender de múltiples factores, ya que un volumen adecuado de líquido amniótico es importante para el movimiento fetal, desarrollo pulmonar y protección del feto y el cordón umbilical de la compresión uterina. Según su etiología podemos dividirla en causas maternas (preeclampsia, hipertensión arterial gestacional), placentarias (desprendimiento prematuro de placenta), fetales (rotura prematura de membranas, retardo del crecimiento intrauterino, embarazo prolongado, óbito fetal) y farmacológicas (antipsicóticos, IECAS). (65)

En gestaciones a término se ha descrito mayor riesgo de complicaciones perinatales como cesárea por sospecha de pérdida de bienestar fetal, síndrome de aspiración de meconio, APGAR <7 a los 1 y 5 min e ingreso en UCI neonatal en gestaciones de bajo riesgo con oligohidramnios idiopático, a pesar de no existir estudios randomizados que evalúen el mejor manejo de estas gestaciones ni momento de finalización (66).

En cuanto al retardo del crecimiento intrauterino podemos hacer una clasificación según severidad: leve entre P5 y P10 moderada: p2 y p5 severa: < p2, dependiendo del momento de instalación, la restricción del crecimiento intrauterino puede clasificarse en precoz o tardía, según ocurra antes o después de las 28 semanas (67).

En este caso clínico, estamos ante una gestante a término (> 37 semanas) en el cual no hay problema en caso de presentar un feto con diagnóstico de RCIU, ya que no sería indicación de cesárea para este caso, pero agregado a esto nuestra paciente tiene un feto en presentación podálica motivo por el cual se decide hacer una CSTP, como la cesárea tiene cierto riesgo de infección debemos actuar con antibioticoterapia profiláctica con Cefazolina. Posterior a una cesárea o parto vaginal, siempre es necesario hacer una vigilancia a la puérpera por el riesgo de presentar hemorragia posparto, generalmente se le indica oxitocina para ayudar al útero a empezar a involucionar, controlando sangrado vaginal o signos de alarma, dando hematóticos, analgésicos condicionales al dolor.

3.3.4 Caso clínico N.º 12: Preeclampsia con criterios de severidad

Paciente, femenina de 30 años, secundigesta nulípara de 34 semanas por ecografía de segundo trimestre, acude a emergencia por presentar dolor localizado en epigastrio tipo opresivo sin irradiación de intensidad 7/10, negando otros síntomas premonitorios de eclampsia. En las funciones vitales, (PA: 160/110 FC:72 FR: 18 T: 36.4) las cuales salen dentro de los valores normales a excepción de la presión arterial, al examen físico presentaba edemas en miembros inferiores motivo por el cual se decide hospitalizar para terminar la gestación.

El mismo día que la hospitalizan, la preparan para entrar a sala de operaciones para realizar cesárea segmentaria transversa primaria de emergencia ya que en los resultados de laboratorio se encontraba plaquetas: 95 000 TGO: 139 TGP: 129 DHL: 909, sale de SOP con diagnósticos: Post operada de cesárea segmentaria transversa primaria por presión del lecho hepático por RNPT de 33 semanas por Capurro, con THE preeclampsia con criterios de severidad, Síndrome de HELLP y feto podálico. Siete horas posteriores a la operación paciente refiere moderado dolor en zona operatoria y niega presentar síntomas premonitorios de eclampsia, se deja como plan controlar funciones vitales, control de sangrado vaginal, perfil de severidad cada 6 horas, proteinuria de 24 horas, control estricto de presión arterial, vigilar signos de intoxicación por sulfato de magnesio, vigilar signos de ruptura hepática, solicitando evaluación por cardiología, nefrología y oftalmología. Se evalúa a paciente puérpera inmediata de 21 horas, refiriendo leve dolor en zona de herida operatoria, no encontrando síntomas premonitorios de eclampsia. Al examen físico se encontraba el útero contraído por debajo de cicatriz umbilical, indicando evolución favorable de la paciente, el plan fue seguir un control estricto de la presión arterial, pedir un perfil de severidad cada 12 horas, vigilar signos de intoxicación por sulfato de magnesio, ver balance hidroelectrolítico y control de diuresis. Pasado los días la paciente siguió evolucionando favorablemente estando en su PO8 se le decide dar de alta, ya estable, dejándole como medicamento sulfato ferroso, ácido fólico, carbonato de calcio, agregando antihipertensivos y analgesia condicional al dolor.

Hablamos de trastorno hipertensivo del embarazo con una PAS > 140 - PAD > 90, donde la podemos dividir según las semanas de edad gestacional, menor a 20 semanas y más de 12 semanas posparto hablamos de hipertensión arterial crónica, pasada las 20 semanas y menos de 12 semanas posparto podemos hablar de hipertensión arterial gestacional o preeclampsia ya sea con o sin criterios de severidad.

Para hablar de preeclampsia debe haber falla de órgano o proteinuria, si agregamos los criterios de severidad son 5: síntomas premonitorios (cefalea,

escotomas y epigastralgia), plaquetas < 100 000, creatinina > 1.1, TGO TGP > 70, DHL > 600, Edema agudo de pulmón.

El balance de líquidos debe monitorearse de cerca para evitar la administración excesiva de líquidos, ya que las mujeres con preeclampsia tienen riesgo de edema pulmonar y espaciamiento significativo del tercer espacio, especialmente aquellas en el extremo severo del espectro de la enfermedad. Una infusión de mantenimiento de una solución salina equilibrada o salina isotónica a aproximadamente 80 ml / hora suele ser adecuada para un paciente que no tiene pérdidas por vía oral y no tiene pérdidas de líquidos anormales en curso, como hemorragia. (68)

Se recomienda Labetalol intravenoso como tratamiento de primera línea porque es eficaz, tiene un inicio de acción rápido y un buen perfil de seguridad, pero en nuestro país, usamos Nifedipino como elección, porque no se encuentra a nuestra disposición, se recomienda la dosis de 10 mg vía oral en 30 minutos si es preciso. Posteriormente, seguir con dosis de 10 a 20 mg cada 6 a 8 horas, se debe tener precaución con la asociación de sulfato de magnesio. Si con las medidas anteriores no se mantiene la presión arterial sistólica entre 120 y 150 mmHg, entonces se puede administrar Nifedipino 10 mg vía oral y repetir cada 30 minutos hasta lograr el control de presión arterial requerido, y como dosis de mantenimiento Nifedipino 10 a 20 mg cada 4 a 6 horas, hasta un máximo de 120 mg por día. (69)

El uso de sulfato de magnesio es el fármaco de elección para prevenir cuadros de eclampsia, generalmente se suele iniciar la profilaxis al inicio del trabajo de parto o en inducción, o antes y durante el parto por cesárea. Se debe evitar el tratamiento prolongado antes del parto, puesto que hay una asociación con efectos adversos sobre los huesos fetales cuando se administra para la tocolisis a largo plazo. (70, 71)

La dosis de carga de 6 g de una solución al 10% por vía intravenosa durante 15 a 20 minutos seguida de 2 g / hora como infusión continua, se tiene un régimen alternativo de 5g de una solución al 50% intramuscular en región

glútea (un total de 10 g) seguido de 5 g por vía intramuscular cada cuatro horas. (72)

La toxicidad de magnesio es poco común en las mujeres con buena función renal, y se correlaciona con la concentración sérica de magnesio:

- Pérdida de los reflejos tendinosos profundos ocurre entre 7 y 10 mEq/L
- Parálisis respiratoria de 10 a 13 mEq/L
- La conducción cardíaca está alterada a > 15 mEq/L
- El paro cardíaco ocurre a > 25 mEq/L (73)

Se administra Gluconato de calcio de 15 a 30 ml de una solución al 10 % (1500 a 3000 mg) por vía intravenosa durante 2 a 5 minutos a pacientes con paro cardíaco o con toxicidad cardíaca grave relacionada con 46 hipermagnesemia. Se usa una dosis inicial de 10 ml de una solución al 10 % para pacientes con compromiso cardiorrespiratorio menos grave, pero potencialmente mortal (73).

3.4 Rotación en Pediatría

3.4.1 Caso clínico N.º 13: Bronquiolitis

Durante estancia hospitalaria del lactante masculino de 2 meses y 6 días con diagnóstico de bronquiolitis, se indicó continuar con la lactancia materna exclusiva a libre demanda o mínimo cada 2 horas para evitar la deshidratación del paciente y proseguir con la limpieza de fosas nasales por rinorrea persistente en intervalos de cada 2 horas con la aplicación de 0.3 mL de cloruro de sodio al 0.9% calentado en baño maría en cada fosa nasal y continuar la medición de saturación de oxígeno paralelamente. También se indicó paracetamol 100 mg/mL en gotas (15 gotas) condicional a una temperatura axilar superior de 38°C complementaria a la utilización de medios físicos para contrarrestar la fiebre. Se agrega oxígeno mediante cánula binasal pediátrica si la saturación de oxígeno disminuye por debajo de 95%.

Al tercer día de hospitalización, se observó respuesta favorable ya que no presentó picos febriles ni síntomas adicionales, por el contrario, al examinar los tirajes ya no eran visibles y disminuyó considerablemente la intensidad de los sibilantes, al 5to día el cuadro se encontraba prácticamente resuelto, pero por la edad del paciente se prefirió controlar la persistencia de síntomas respiratorios al menos 2 días más, para luego indicar el alta.

Dentro del manejo de la bronquiolitis se contraindica el uso de corticoides sistémicos, broncodilatadores β -agonistas (Albuterol o Salbutamol) (73) y/o epinefrina; principalmente en lactantes y niños, dado que no hay evidencia que respalde mejoría el cuadro clínico; situación semejante al presentado en este caso debido a que el paciente recibió Dexametasona 2 mg IM en un centro de salud previo al ingreso a emergencia y tal como se reporta en las últimas guías: NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), American Academy of Pediatrics (AAP), Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN), entre otras, así como en la presente revisión, no hubo mejora clínica de la sintomatología incluso incrementó la frecuencia y persistencia de tos y rinorrea (74).

Resulta importante evaluar la gravedad de la bronquiolitis para determinar la prioridad del manejo y la utilización de oxígeno suplementario según corresponda, por tal motivo se utilizan recursos como los factores de riesgo; en este caso presenta el ser menor de 3 meses (75), y se utiliza el score de Wood-Downes (Anexo 3) modificado que valora la saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria, sibilancias espiratorias y el empleo de músculos accesorios durante la respiración, en consecuencia y debido a lo expuesto previamente tendría una puntuación de 2 que se correlaciona con una gravedad leve, de tal forma que el manejo fue sutil, sin embargo, requería hospitalización ya que al ser un lactante con factores de riesgo (menor de 3 meses) el riesgo de mortalidad se incrementa (76, 78) si no se maneja y monitorea apropiadamente.

3.4.2 Caso clínico N.º 14: Enfermedad por arañazo de gato

La paciente, mujer de 2 años y 3 meses fue diagnosticada con la enfermedad por arañazo de gato debido a que presentó la clínica típica en 85% de los

pacientes que presentan esta patología caracterizada por linfadenopatía dolorosa regional con presencia de eritema, de tamaño promedio 1-5 cm y la estrecha asociación al contacto reciente con gatos principalmente si son pequeños o no tienen vacunas, tal cual lo manifestó la madre y que la bacteria aprovecha para ingresar a través de la piel lesionada, mucosas superficiales o mediante la picadura de la pulga, ello permitió orientar de forma directa la posibilidad de presentar esta enfermedad.

Sin embargo, no se puede aislar la clínica ya que para el diagnóstico se requieren pruebas adicionales como serología por Ensayo de Fluorescencia Indirecta (IFA) mediante la titulación de inmunoglobulinas (Ig G e Ig M) como se pidió oportunamente en el Hospital Regional de Huacho e incluso de haber obtenido un resultado negativo no se hubiera descartado si existe una alta sospecha ya que las bibliografías mencionan que un valor menor de 1:64 puede tratarse de una infección pasada (79)

Hubiera sido de utilidad solicitar PCR para detectar el ADN de la bacteria *Bartonella henselae* mediante una muestra de sangre con un sustrato de ácido etilendiaminotetraacético (EDTA) el cual pese a su sensibilidad media-baja tiene un resultado a las 24-48 horas desde la obtención de la prueba. El cultivo a diferencia está considerado como el “gold standard” en agar chocolate o agar sangre de carnero o bien mediante para aislar adecuadamente a la bacteria, no obstante, el proceso es tardado ya que demora al menos 21 días y requiere condiciones específicas para su crecimiento, por ende, se debe empezar con tratamiento empírico, tal como se manejó el caso de esta niña (80).

Existen otras técnicas que apoyan al diagnóstico como la histología mediante tinción de Warthin-Starry o la biopsia a nivel del ganglio linfático afectado o el tejido en cuestión, pero suele reservarse cuando la clínica no es sugestiva o si pese al tratamiento se evidencia resistencia o una resolución tardía mayor a 7 días de los síntomas sistémicos o si existe sospecha de un diagnóstico alternativo (como por ejemplo linfoma y/o tuberculosis).

Respecto al manejo suele tratarse con antibióticos dentro de los que se describe como primera línea a la Azitromicina durante 5 días vía oral iniciando el primer día a dosis de 10 mg/Kg/día (500 mg como dosis máxima) seguido una dosis de 5 mg/Kg/día (250 mg como dosis máxima) del segundo al quinto día; no obstante en este caso se dio tratamiento con Oxacilina a dosis de 150 mg/Kg/día VO (para poder cubrir la infección ante la posibilidad de adenitis abscedada) + Azitromicina 10 mg/Kg/día VO durante 5 días (por la sospecha de Enfermedad de arañazo de gato), al no mejorar significativamente la clínica a los fármacos, a excepción de la fiebre, se alternó a clindamicina 40 mg/kg/día fraccionado en dosis cada 8 horas VO por los siguientes 5 días, dando mejores resultados, sin embargo la PAHO indica que se debe prolongar el tratamiento al menos de 10 a 14 días, a menos que exista endocarditis u osteomielitis que prolonga el tratamiento entre 1 a 6 semanas y cuyo tratamiento de primera línea cambia por Rifampicina 10 mg/kg IV (81, 82).

3.4.3 Caso clínico N°15: Síndrome Inflamatorio Multisistémico (MIS-C)

Con relación al caso de la paciente de sexo femenino 2 años y 1 mes, con tiempo de enfermedad de 30 días con diagnóstico de Síndrome Inflamatorio Multisistémico (MIS-C) cabe describirlo como un trastorno de hiperinflamación en población pediátrica causado por el virus SARS-CoV-2 causante de la enfermedad COVID-19. (83) que se caracteriza por ser un cuadro respiratorio agudo severo. Si bien en los niños los síntomas presentan una gravedad leve, existen casos particulares en los cual la clínica se agrava e incluso es atípica o difiere de un paciente adulto (84).

Pese a que los casos de COVID en niños a nivel global son indeterminados y sus complicaciones constituyen menos del 1% del total de los casos (85), es necesario destacar que el MIS-C a comparación con la forma grave de COVID-19 representa una tasa de mortalidad menor (84).

La patogénesis suele ser incierta pero los recientes estudios plantean que puede deberse a una desregulación inmunitaria mediante la liberación de citoquinas (IL-6, IL-10), la activación de macrófagos y mayor capacidad para activar monocitos lo que permite formar anticuerpos contra la Ig G y la activación de células T CD8+ progresiva. Además, a nivel cardíaco se produce

lesión miocárdica a causa de la infiltración de células inflamatorias, tal como se demuestra en revisiones de autopsias donde se encontró como hallazgo miocarditis, pericarditis y endocarditis (86)

Según la clínica, el paciente pediátrico puede empezar a presentar síntomas entre las 2-6 semanas desde el inicio del contacto epidemiológico (COVID-19 positivo) (87), siendo estos: Fiebre, dolor abdominal, vómitos y diarreas (80% de los casos), erupción, miocarditis, hipotensión, linfadenopatías, síntomas respiratorios, etc. (84) Inicialmente, algunas de las manifestaciones clínicas del MIS-C se asemejaron a la enfermedad de Kawasaki, llegando hasta el punto de denominarse como: Síndrome similar a Kawasaki, Enfermedad de Kawasaki atípica o Enfermedad de Kawasaki - Like, sin embargo, presentan diferencias importantes.

Existen criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (88, 89) para clasificar a los síntomas:

- Edad de presentación es desde los 0 años hasta los 19 a 21 años.
- Fiebre durante más de 48 horas
 - o Signos clínicos de compromiso multisistémico (al menos 2 órganos):
 - o Conjuntivitis bilateral no purulenta, signos de inflamación mucocutánea.
 - o Hipotensión o shock
 - o Disfunción cardíaca (valvulopatías, pericarditis o anomalías coronarias).
 - o Presencia de coagulopatías.
 - o Síntomas gastrointestinales agudos.

- Marcadores de inflamación elevados: PCR, VSG, procalcitonina, fibrinógeno, dímero D, ferritina, DHL, linfopenia y/o hipoalbuminemia)
- No existe otra causa de inflamación alternativa
- Evidencia de infección por SARS – CoV -2

Respecto a los criterios descritos previamente, la paciente en cuestión presentó 7 de estos, es decir, presentó un cuadro típico. Por ello fue altamente probable sospechar como diagnóstico MIS-C, pero se requiere exámenes complementarios tal como se realizó en este caso: De laboratorio (hemograma, dímero D, troponinas, DHL prolactina, PCR, VSG, perfil de coagulación), de imágenes (electrocardiograma o ecocardiograma según daño cardíaco) he ahí que recae la importancia de métodos confiables para una adecuada monitorización de síntomas, evolución y respuesta al tratamiento (90).

Dentro del tratamiento actual se recomienda administrar Inmunoglobulina IV (Ig IV) 2 g/Kg en 12 horas, en dosis altas en todos los pacientes con MIS-C que estén hospitalizados y/o cumplan con criterios de MIS-C como tratamiento de primera línea; adicionalmente se puede adicionar el uso de corticosteroides (Metilprednisolona 2 mg/Kg en dosis bajas a medias en casos de síntomas moderados a graves ya que la cascada inflamatoria puede no responder apropiadamente a la Ig IV (91), también se pueden usar glucocorticoides sistémicos en pulsos IV de dosis alta en caso sea refractario al tratamiento solo con Ig. Se debe usar ácido acetilsalicílico 5 mg/Kg/día en dosis bajas hasta regular el valor de plaquetas y arterias coronarias normales confirmadas en ≥ 4 semanas después del diagnóstico

Si la clínica requiere se podría utilizar antibióticos como Amoxicilina + Ácido clavulánico en casos leves a moderados, y en casos graves ceftriaxona + clindamicina IV. El uso opcional el uso de anticoagulación con enoxaparina hasta 2 semanas después del alta hospitalaria si se presentó trombosis o fracción de eyección menor de 35% (92).

Por último, teniéndose en consideración de criterios para el egreso hospitalario como:

- Disminución constante y progresiva en 3 a 4 días de los marcadores inflamatorios (en la paciente el Dímero D se redujo de 6.19 a 3 en 4 días)
- Disminución constante de las troponinas < 1.0 ng/ml (merma considerable de 0.14 a 0.06)
- No presentar fiebre al menos durante 48 horas (el cuadro febril en la paciente se redujo al 3 día y no volvió a remitir)
- No requerir oxígeno suplementario al menos durante 48 horas
- No requerir vasopresores al menos durante 2 días
- Niveles terapéuticos de antifactor Xa si recibió enoxaparina
- Tolerancia oral apropiada

Se dio de alta a la paciente ya que cumplía criterios necesarios para el alta.

3.4.4 Caso clínico N.º 16: Neurocisticercosis

Con paciente varón de 7 años y 8 meses de edad procedente Huara ingresa al piso de pediatría con el diagnóstico de Status convulsivo por etiología de neurocisticercosis debido a que durante la anamnesis se evidenció el contacto intrafamiliar de un portador del helminto denominado *Taenia solium* siendo este el agente causal que caracteriza a la patología en cuestión, post ingesta de alimentos contaminados (carne de cerdo cruda o mal cocida infestada con cisticercos) (93, 94) por lo cual después de ingerir los huevos (oncósferas) de dicho parásito, la forma adulta se adhiere al intestino del hombre y los huevos eclosionan y desarrollan al cisticerco (fase inicial viable del agente que se aloja a nivel tisular en uno o más órganos) aproximadamente entre 3-8 semanas y puede persistir asintomática durante varios años de 3 a 5 años en promedio (95, 96, 97).

Adicionalmente, se encuentra el factor epidemiológico ya que proviene de una zona endémica de ganado porcino (Huaura) que, si bien no es determinante, incrementa el riesgo de adquirir esta infección, así como los factores culturales y socioeconómicos (por ejemplo: condiciones inadecuadas de saneamiento ambiental) que influyen positivamente en el cuadro a sospechar (98,99). Esta patología se puede presentar en cualquier etapa del crecimiento, las revisiones señalan como pico de edad en niños a los 5 y 15 años. A pesar de que, en el Perú, la incidencia en la población pediátrica es variable, la neurocisticercosis en niños es la primera causa más frecuente de crisis focales en pacientes pediátricos en países en vías de desarrollo (100). Lo que orienta a pensar en manifestaciones clínicas sugestivas de esta enfermedad y que se dan a consecuencia de la respuesta inmune con la finalidad de eliminar al parásito, sin embargo, los anticuerpos humorales encargados atacan a los cisticercos como mecanismo de defensa generando respuesta inflamatoria asociada a la degeneración del quiste (gliosis perilesional) y que produce con mayor frecuencia convulsiones (101).

Con mayor frecuencia se encuentra la lesión a nivel intraparenquimatosa con clínica predominante de convulsiones (94.8%), entre otros síntomas como cefalea, vómitos, y aún más raro papiledema; otras manifestaciones como hipertensión endocraneana, signos de focalización, síndrome psíquico, meningitis crónica, encefalitis, etc, corresponden a una lesión extraparenquinal y que, por ende, se aleja de la sintomatología que presenta el paciente (102*).

Como apoyo al diagnóstico se encuentran las imágenes que representan el “*gold standard*” ya aportan información respecto a la clasificación de los estados evolutivos del cisticercos (vesicular, vesicular-coloidal, nodular granular, nodular calcificado); en tal sentido, la tomografía cerebral solicitada proporciona características de la lesión de aspecto quístico, de ubicación en lóbulo parietal izquierdo posterior con pared bien delimitada de contenido hipodenso interior y edema periférico perilesional, lo que nos indica que estamos ante una neurocisticercosis en fase vesicular – coloidal (103).

Por lo tanto, para el diagnóstico se consideran criterios (104, 105) dentro de los cuales se incluye componentes tanto clínicos, epidemiológicos, de neuroimágenes e inmunológicos; y según lo expuesto anteriormente el paciente cumple con el conjunto de características en general lo cual incrementa la sospecha inicial. Cabe resaltar que la clínica y el pronóstico es directamente proporcional a la cantidad en número de cisticercos y el grado de inflamación parenquimal (106, 107).

Según el manejo se actuó apropiadamente ya que los esquemas de tratamiento farmacológicos sugieren la utilización de Fenitoína 7 mg/Kg/día al menos por 48 horas y retirar progresivamente mientras se adiciona del uso de carbamazepina 10 mg solo en caso de que se repita un nuevo episodio convulsivo (106, 107). Adicionalmente se sugiere la utilización de tratamiento antiparasitario de primera línea Albendazol 15 mg/Kg/día durante 15 días (94) (de mayor accesibilidad costo-beneficio, tiene una mejor penetrancia y no presenta interacciones farmacológicas con corticoesteroides y anticonvulsivantes) o de segunda línea Praziquantel a dosis de 50mg/kg/día por 15 días, más un corticoide para disminuir la inflamación evidenciado en forma de edema perilesional como la Prednisona 1 mg/Kg/día por 14 días (108).

Sin embargo, en una situación diferente a la actual, en donde existen múltiples parásitos en el sitio de infección se podría utilizar una asociación de Albendazol y Praziquantel para mejorar la eficacia farmacológica. La bibliografía menciona también que previa terapia antiparasitaria todos los pacientes en general deben pasar por el servicio de oftalmología y descartar una cisticercosis ocular debido que con el tratamiento se produce la degeneración de cisticercos en el ojo y puede repercutir desfavorablemente en la visión. (109) En caso de resistencia al tratamiento farmacológico se puede plantear el manejo quirúrgico de elección mediante lesionectomía con o sin lobectomía temporal.

Es indispensable tomar medidas preventivas para limitar los factores de riesgo mediante la vigilancia epidemiológica en las granjas porcinas y mejoras en las condiciones higiénicas (110).

Al darse de alta al paciente se le indican los signos de alarma por los cuales debería reingresar de emergencia y son: Deterioro cognitivo, midriasis arreactiva, estatus epiléptico (como en el actual caso), coma, signos de hipertensión intracraneana y/o signos focales deficitarios; para identificar y tratar la sintomatología detallada. me mientras espera resultados de la referencia hacia Lima.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico durante el contexto actual del COVID- 19 se ha visto afectado, en muchos puntos uno de los cuales es el poco acceso a procedimientos, guardias nocturnas y visitas médicas, debido al poco número de internos y la alta demanda de los pacientes, motivo por el cual la relación interno - paciente se ha visto vulnerable en los últimos meses, generando una preocupación e incertidumbre en el internado actual ya que se nos restringía ciertas funciones vitales que antes de la pandemia eran normales en el internado, ya que comúnmente el interno era la persona encargada de conocer el caso clínico de cada paciente, presentando a cada paciente ante las visitas médicas de los asistentes, pero en muchos servicios del hospital se nos restringe la oportunidad de poder presentar los casos clínicos a los pacientes, haciendo menos académicas las visitas para los internos.

Se debe recalcar que a pesar de todo se ha tratado de sobrellevar las deficiencias que nos dejaron los dos años de aprendizaje virtual, mediante nuestros residentes a cargo en cada servicio.

En cuanto al internado, muchas universidades dividimos los 10 meses en un centro de salud e intrahospitalario, de esta manera podemos ver la gran diferencia que podría haber en un interno que ha permanecido los 10 meses en un hospital a diferencia de otro que viene de un centro de salud, ya que los conocimientos de uno pueden ser más amplios en el manejo práctico de ciertas patologías.

CONCLUSIONES

- La pandemia nos deja una gran lección en cuanto a medidas sanitarias, nos ha demostrado que nuestro sistema de salud es demasiado deficiente y no puede cubrir a un gran número de pacientes, existiendo déficit de personal de salud.
- El internado médico se vio vulnerable en cuanto a la enseñanza impartida en cada servicio, asimismo privatizando algunos procedimientos que comúnmente lo harían los internos en los años anteriores.

RECOMENDACIONES

- Es necesario permitir que los internos vuelvan a realizar actividades académicas, guardias nocturnas, procedimientos para que este pueda adquirir las destrezas necesarias para desempeñarse a futuro como profesional.
- Adecuar el contexto actual al internado médico para aprovechar cada oportunidad que se presente en cuanto a lo académico teniendo el equipo de protección necesaria.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Chinchay S, Burga A, Peña E. Internado médico: una difícil elección. *Investig educ médica* [Internet]. 2017;6(21):65–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2016.06.002>
2. CDC. Healthcare workers: Information on COVID-19 [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2022 [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/index.html>
3. OMS. Enfermedad por el Coronavirus (COVID-19) [Internet]. PAHO. [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/enfermedad-por-coronavirus-covid-19>
4. Taype Á, Tataje G, Arizabal A, et al. Percepción de médicos de una universidad de Lima sobre su capacitación en procedimientos médicos durante el internado. *An Fac Med (Lima Perú: 1990)* [Internet]. 2016; 77(1):31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v77i1.11550>
5. Elizalde J. La importancia de la medicina crítica en el internado de pregrado [Internet]. Medigraphic. [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2018/ti183a.pdf>
6. Mendoza O. Experiencias de internado médico en establecimientos de del primer, segundo y tercer nivel de atención del Ministerio de Salud en el 2020 – 2021. Repositorio académico USMP. [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/8030/Mendoza_op.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Hospital Regional de Huacho. 2019. [Internet]. Gobierno del Perú. [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.hdhuacho.gob.pe/historia.html>
8. MINSA. Ordenanza Regional N° 08-2014-CR-RL. [Internet]. Gobierno del Perú. [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: <http://www.hdhuacho.gob.pe/transparencia/gestion/ROF.pdf>
9. Gobierno Regional de Lima. [Internet]. Gobierno del Perú. [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en:

- <https://www.regionlima.gob.pe/index.php/noticias/823-fundamentan-elevacion-de-categoria-para-el-nuevo-hospital-regional-de-huacho>
10. Hospital Huacho Y Red de Salud Huaura Oyón [Internet]. Gobierno del Perú. [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/6820-hospital-huacho-y-red-de-salud-huaura-oyon-que-hacemos>
 11. Bayomy O, Zaheer S, Williams J, et al. Disentangling the relationships between the Renin-Angiotensin-Aldosterone system, calcium physiology, and risk for kidney stones. *J Clin Endocrinol Metab* [Internet]. 2020 [citado el 14 de abril de 2022];105 (6): 1937–1946. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32163150/>
 12. Kadlec A, Fridirici Z, Acosta A, et al. Bilateral urinary calculi with discordant stone composition. *World J Urol* [Internet]. 2014 [citado el 14 de abril de 2022]; 32 (1): 281–5. Disponible en: <https://www.springermedizin.de/bilateral-urinary-calculi-with-discordant-stone-composition/8333192>
 13. Huixian L, Sandoval J, Hernández A, et al. Embarazo ectópico: Revisión bibliográfica en el manejo médico. 2020. *Rev Cli UCR-HSJD* V.9 N.1: 28-36 ISSN-2215 2741. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2019/ucr191d.pdf>
 14. Daudon M, Frochot V, Bazin D, et al. Drug-induced kidney stones and crystalline nephropathy: Pathophysiology, prevention and treatment. *Drugs* [Internet]. 2018 [citado el 14 de abril de 2022]; 78 (2): 163–201. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29264783/>
 15. Wong Y, Cook P, Roderick P, Somani BK. Metabolic syndrome and kidney stone disease: A systematic review of literature. *J Endourol* [Internet]. 2016 [citado el 14 de abril de 2022]; 30 (3): 246–53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26576717/>
 16. Rodrigo D, Jiménez R, Calderón V. Litiasis renal e hipercalcemia idiopática. [Internet]. AEPED. [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/11_litiasis_hipercalcemia.pdf

17. García P, Yanes L, García V. Litiasis renal. [Internet]. 2019. [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/242>
18. Rodríguez N, Barrios J, Chávez N, et al. Nefrolitiasis de infección: Caso clínico. Rev. Ciencias Médicas. [Internet]. 2014. [citado el 14 de abril de 2022]. (1): 243-249. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942010000100024&lng=es.
19. Sorokin I, Pearle M. Medical therapy for nephrolithiasis: State of the art. Asian J Urol [Internet]. 2018 [citado el 14 de abril de 2022]; 5 (4): 243–55. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajur.2018.08.005>
20. Sorokin I, Mamoulakis C, Miyazawa K, et al. 2017. Epidemiology of stone disease across the world. World J Urol [Internet]. 2017 [citado el 14 de abril de 2022]; 35 (9): 1301–20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28213860/>
21. García F. Hipoglucemia en adultos con diabetes mellitus. [Internet]. 2015. [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.redgdps.org/gestor/upload/GUIA2016/CAP10.pdf>
22. International Diabetes Federation. Diabetes mellitus. Brussels: International Diabetes Federation. [Internet]. 2015. [citado el 14 de abril de 2022]; (7). 2015. Disponible en: https://diabetesatlas.org/resources/?gclid=Cj0KCQjwjN-SBhCkARIsACsrBz4eRLek_JPLmTslndPYh58PU_avyOQEFA5gZWL EjuxDdup6SOKsSYsaAi0FEALw_wcB
23. Seaquist E, Anderson J, Childs B, et al. Hypoglycemia and Diabetes: a report of a workgroup of the American Diabetes Association and the Endocrine Society. J Clin Endocrinol Metab [Internet]. 2013 [citado el 14 de abril de 2022]; 98 (5): 1845–59. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23589524/>
24. International Hypoglycaemia Study Group. Glucose concentrations of less than 3.0 mmol/L (54 mg/dL) should be reported in clinical trials: A joint position statement of the American diabetes association and the European association for the study of diabetes. Diabetes Care [Internet]. 2017 [citado el 14 de abril de 2022]; 40 (1): 155–7. Disponible

- en: <https://diabetesjournals.org/care/article/40/1/155/37140/Glucose-Concentrations-of-Less-Than-3-0-mmol-L-54>
25. Pedersen U, Thorsteinsson B. Reporting severe hypoglycemia in type 1 diabetes: Facts and pitfalls. *Curr Diab Rep* [Internet]. 2017 [citado el 14 de abril de 2022]; 17 (12). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29080929/>
 26. Heinemann L, Freckmann G, Ehrmann D, et al. Real-time continuous glucose monitoring in adults with type 1 diabetes and impaired hypoglycaemia awareness or severe hypoglycaemia treated with multiple daily insulin injections (HypoDE): a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet* [Internet]. 2018 [citado el 14 de abril de 2022]; 391 (10128): 1367–77. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29459019/>
 27. Agesen R, Kristensen P, Beck H, et al. Effect of Insulin Analogs on Frequency of Non-Severe Hypoglycemia in Patients with Type 1 Diabetes Prone to Severe Hypoglycemia: Much Higher Rates Detected by Continuous Glucose Monitoring than by Self-Monitoring of Blood Glucose. The HypoAna Trial. *Diabetes Technol Ther*. 2018 [citado el 14 de abril de 2022]; 20 (3): 247–56.
 28. Hurtado A, Gil F, Castillo L, et al. Manejo de las crisis glucémicas en pacientes adultos con diabetes mellitus: Guía de práctica clínica basada en evidencias. [Internet]. 2021. [citado el 14 de abril de 2022]. *Rev Fac Med Hum*; 21 (1): 50-64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3194>.
 29. Rawshani A, Rawshani A, Franzen S, et al. Risk Factors, Mortality, and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. 2018. *N Engl J Med* 2018; 379:633
 30. MINSA. Resolución ministerial 752-2018/MINSA. [Internet]. Gobierno del Perú. 2018. [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20190404114640.pdf>
 31. Nitecki S, Karmeli R, Sarr M. Appendiceal calculi and fecaliths as indications for appendectomy. *Surg Gynecol Obstet* [Internet]. 1990

- [citado el 14 de abril de 2022]; 171 (3): 185–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2385810/>
32. Jones B, Demetriades D, Segal I, et al. The prevalence of appendiceal fecaliths in patients with and without appendicitis. A comparative study from Canada and South Africa. *Ann Surg*. 2015 [citado el 14 de abril de 2022]; 202 (1): 80–2.
 33. Birnbaum B, Wilson S. Appendicitis at the millennium. *Radiology* [Internet]. 2020 [citado el 14 de abril de 2022]; 215 (2): 337–48. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10796905/>
 34. Lau W, Teoh C, Fan S, et al. The bacteriology and septic complication of patients with appendicitis. *Ann Surg* [Internet]. 2014 [citado el 14 de abril de 2022]; 200 (5): 576–81. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/00000658-198411000-00003>
 35. Takada T, Nishiwaki H, Yamamoto Y, et al. The Role of Digital Rectal Examination for Diagnosis of Acute Appendicitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One* [Internet]. 2015; 10 (9): e0136996. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0136996>
 36. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. 2020. *World J Emerg Surg* [Internet]. 2020; 15 (1): 27. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13017-020-00306-3>
 37. Garro V, Rojas S, Thuel M. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencias. *Rev Medica Sinerg* [Internet]. 2019 [citado el 14 de abril de 2022]; 4 (12): e316. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/316>
 38. Murúa O, González M. Apendicitis aguda: Anatomía normal, hallazgos por imagen y abordaje diagnóstico radiológico. 2020. [Internet]. *Rev Med UAS*; Vol. 10: No. 4. <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v10.n4.008>
 39. Frías V, Castillo M, Rodríguez M, et al. Manejo de la masa apendicular inflamatoria en el paciente adulto en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. 2012. [Internet]. *Rev Gastroenterol Per*; 32 (3): 267-272. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292012000300006&lng=es.

40. Cheng Y, Xiong X, Lu J, et al. Early versus delayed appendicectomy for appendiceal phlegmon or abscess. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 [citado el 14 de abril de 2022]; 6 (6): CD011670. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28574593/>
41. Clouet D, Guerrero C, Gómez E. Plastrón apendicular y manejo clínico actual: una decisión a reconsiderar. *Rev chil cir* [Internet]. 2017; 69 (1): 65–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2016.08.004>
42. Schuster K, Holena D, Salim A, et al. American Association for the Surgery of Trauma emergency general surgery guideline summaries 2018: acute appendicitis, acute cholecystitis, acute diverticulitis, acute pancreatitis, and small bowel obstruction. 2018. - *Trauma Surg Acute Care Open* 2019; 4: e000281.
43. Andersson R, Petzold M. Nonsurgical treatment of appendiceal abscess or phlegmon: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg* 2007; 246:741.
44. O'Connell E, White A, Cromwell P, et al. Non-operative treatment of appendicitis: public perception and decision-making. *Ir J Med Sci* [Internet]. 2018 [citado el 14 de abril de 2022]; 187 (4): 1029–38. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29423825/>
45. Rodríguez Z. Consideraciones actuales concernientes al tratamiento del plastrón apendicular. *Rev cuba cir* [Internet]. 2021 [citado el 14 de abril de 2022]; e1117–e1117. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1347393>
46. Bay-Nielsen M, Kehlet H, Strand L, et al. Quality assessment of 26,304 herniorrhaphies in Denmark: a prospective nationwide study. *Lancet* [Internet]. 2011 [citado el 14 de abril de 2022]; 358 (9288): 1124–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11597665/>
47. Dahlstrand U, Wollert S, Nordin P, Sandblom G, Gunnarsson U. Emergency femoral hernia repair: a study based on a national register. [Internet]. 2019. [citado el 14 de abril de 2022]; *Ann Surg*; 249 (4): 672–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19300219/>

48. Deeba S, Purkayastha S, Paraskevas P, et al. Laparoscopic approach to incarcerated and strangulated inguinal hernias. *JLS* [Internet]. 2019 [citado el 14 de abril de 2022]; 13 (3): 327–31. Disponible en: <http://dx.doi.org/>
49. Mc Cormack K, Scott N, Go P, et al. Hernia Trialists Collaboration. Laparoscopic techniques versus open techniques for inguinal hernia repair. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 [citado el 14 de abril de 2022]; 2013 (1): CD001785. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12535413/>
50. Orelia C, Van Hesse C, Sanchez M, et al. Antibiotic prophylaxis for prevention of postoperative wound infection in adults undergoing open elective inguinal or femoral hernia repair. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2020 [citado el 14 de abril de 2022]; 4: CD003769. Disponible en: https://www.cochrane.org/CD003769/COLOCA_antibiotic-prophylaxis-prevention-postoperative-wound-infection-adults-undergoing-open-elective.
51. Shakshouk H, Hua C, Adler BL, et al. From the Cochrane library: Interventions for necrotizing soft tissue infections in adults. *JMIR Dermatol* [Internet]. 2022 [citado el 14 de abril de 2022]; 5 (1): e34578. Disponible en: <https://derma.jmir.org/2022/1/e34578>
52. Fry D. Surgical site infections and the surgical care improvement project (SCIP): evolution of national quality measures. *Surg Infect (Larchmt)* [Internet]. 2008 [citado el 14 de abril de 2022]; 9 (6): 579–84. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19216670/>
53. Wahl W, Ahrns K, Chen S, et al. Blunt splenic injury: Operation versus angiographic embolization. *Surgery* [Internet]. 2004 [citado el 14 de abril de 2022]; 136 (4): 891–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15467676/>
54. Lo A, Matheson A, Adams D. Impact of concomitant trauma in the management of blunt splenic injuries. *N Z Med J* [Internet]. 2004 [citado el 14 de abril de 2022]; 117 (1201): U1052. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15476012/>
55. Berry M, Rosato E, Williams N. Dexon mesh splenorrhaphy for intraoperative splenic injuries. 2003. *Am Surg*; 69 (2): 176-80.

56. Valade N, Decailliot F, Rébufat Y, et al. Thrombocytosis after trauma: incidence, aetiology, and clinical significance. *Br J Anaesth* [Internet]. 2005 [citado el 14 de abril de 2022]; 94 (1): 18–23. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15486007/>
57. Ahmed R, Isaac AM. Postsplenectomy thrombocytosis and pseudohyperkalemia in trauma: a case report and review of literature. *J Trauma* [Internet]. 2009 [citado el 14 de abril de 2022]; 67 (1): E17-9. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/f94b794dcef2e6ecf7c79869321aa815720087a7>
58. Rubin L, Schaffner W. Clinical practice. Care of the asplenic patient. *N Engl J Med* [Internet]. 2014; 371 (4): 349–56. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp1314291>
59. Theilacker C, Ludewig K, Serr A, et al. Overwhelming postsplenectomy infection: A prospective multicenter cohort study. *Clin Infect Dis* [Internet]. 2016; 62 (7): 871–8. Disponible en: https://watermark.silverchair.com/civ1195.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_
60. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology. [Internet]. ACOG. [citado el 14 de abril de 2022]. ACOG Practice Bulletin No. 200: Early Pregnancy Loss. *Obstet Gynecol*. 2018; 132 (5): e197-207. Disponible en: https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2018/11000/ACOG_Practice_Bulletin_No__200__Early_Pregnancy.41.aspx
61. Ortiz V. Optimización de la calidad de imagen al evaluar el flujo sanguíneo en ecografía Doppler: un tutorial [Internet]. *Cbseram.com*. 2019 [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: <https://cbseram.com/2019/09/15/optimizacion-de-la-calidad-de-imagen-al-evaluar-el-flujo-sanguineo-en-ecografia-doppler-un-tutorial/>
62. Charles J, Russo K. Placenta previa: Management. 2021. [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/placenta-previa-management?search=placenta%20previa&source=search_result&selectedTitle=1~115&usage_type=default&display_rank=1

63. Green-top Guideline. Placenta Praevia Accreta and Vasa Praevia: Diagnosis and Management. 2011. [Internet]. RCOG. [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_27.pdf
64. Pontificia Universidad Católica de Chile. Obstetricia, pautas de manejo. 2019. [Internet]. Medicina Uc Cl. [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2020/10/pautas-de-manejo-obstetricia-uc.pdf>
65. Hall E, Panepinto R, Bowman E. Preconception Care for the Patient and Family. Nurs Clin North Am [Internet]. 2018; 53 (2): 169–76. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029646518300148>
66. Valenti E, Avila N, Sofía Amenabar E, et al. RCIU (Restricción del Crecimiento intrauterino). [Internet]. FASGO. [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Actualizacion_consensos_RCIU_FASGO_2017.pdf
67. Magee L, Pels A, Helewa M, et al. Canadian Hypertensive Disorders of Pregnancy Working Group. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: executive summary. 2014. [Internet]. J Obstet Gynaecol Can. 2014 [citado el 14 de abril de 2022]; 36 (5): 416–38. Disponible en: [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(15\)30588-0/fulltext](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(15)30588-0/fulltext)
68. Guevara E, Meza L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. Rev peru ginecol obstet [Internet]. 2015 [citado el 14 de abril de 2022]; 60 (4):385–93. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400015
69. Gdynia H, Müller T, et al. Severe sensorimotor neuropathy after intake of highest dosages of vitamin B6. Neuromuscul Disord [Internet]. 2008 [citado el 14 de abril de 2022]; 18 (2): 156–8. Disponible en: [https://www.nmd-journal.com/article/S0960-8966\(07\)00729-8/fulltext](https://www.nmd-journal.com/article/S0960-8966(07)00729-8/fulltext)
70. Shrim A, Boskovic R, Maltepe C, et al. Pregnancy outcome following use of large doses of vitamin B6 in the first trimester. J Obstet Gynaecol

- [Internet]. 2006; 26 (8): 749–51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/01443610600955826>
71. Koren G, Hankins G, Clark S, et al. Effectiveness of doxylamine-pyridoxine for morning sickness. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2016 [citado el 14 de abril de 2022]; 214 (5): 664–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26844757/>
72. Koren G, Clark S, et al. Maternal safety of the delayed-release doxylamine and pyridoxine combination for nausea and vomiting of pregnancy; a randomized placebo-controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2015 [citado el 14 de abril de 2022]; 15 (1): 59. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-015-0488-1>
73. Ralston S, Lieberthal A, Meissner H, et al. Guía de práctica clínica: diagnóstico, tratamiento y prevención de la bronquiolitis. [Internet]. 2014. [citado el 14 de abril de 2022]; 134 (5): e1474 – e1502. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4930.pdf>
74. Todd F, Amy F, Joseph Z, Bronquiolitis viral. [Internet]. *Lancet*. 2017. [citado el 14 de abril de 2022]; Vol 389, Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/coronavirus/elsevier-da-acceso-completo-a-su-contenido-sobre-el-covid-19-para-acelerar-la-lucha-contr-el-coronavirus>
75. Fernández J, Calzón N. Bronquiolitis aguda: ¿seguimos la evidencia científica? Congreso de Actualización Pediatría 2020. [Internet]. AEPED. [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/05_bronquiolitis.pdf
76. Alattas N, Patel S, Richardson S, et al. Pediatric Bartonella henselae Infection: The Role of Serologic Diagnosis and a Proposed Clinical Approach for Suspected Acute Disease in the Immunocompetent Child. 2020. [citado el 14 de abril de 2022].
77. Guía pediátrica: Manejo de la Bronquiolitis. [Internet]. 2019. [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.garrahan.gov.ar/PDFS/gap_historico/Manejo_de_la_Bronquiolitis.pdf

78. García L, Korta J, Callejón A. Bronquiolitis viral aguda. [Internet]. 2019. Aeped. [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06_bronquiolitis_aguda_viral_0.pdf
79. Pérez J. Bronquitis y bronquiolitis [Internet]. Pediatría integral. [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2016-01/2016-bronquitis-y-bronquiolitis/>
80. Armitano R, Agustina L, Martínez C, et al. Bartonella henselae: evidencia serológica en pacientes pediátricos con sospecha clínica de enfermedad por arañazo de gato. [Internet]. 2018. Rev Arg Microbiología, Vol 50 (4): 365-368. [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: https://journals.lww.com/pidj/Fulltext/2020/11000/Pediatric_Bartonella_henselae_Infection__The_Role.5.aspx
81. American Academy of Pediatrics. Bartonella henselae (Cat-Scratch Disease). [Internet]. Rev Argent Microbiol. 2018; 50 (4): 365–8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0325754117301736>
82. Miranda E, Candela J, Díaz J, et al. Bartonella henselae in children with regional adenitis treated in a Peruvian national hospital. [Internet]. 2014. Rev Peru Med Exp Salud Publica [citado el 14 de abril de 2022]; 31 (2): 274–7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000200012
83. Kabeerdoss, J, Pilania R, Karkhele R, et al. Severe COVID-19, multisystem inflammatory syndrome in children, and Kawasaki disease: immunological mechanisms, clinical manifestations and management. Rheumatol Int [Internet]. 2021 [citado el 14 de abril de 2022]; 41 (1): 19–32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00296-020-04749-4>
84. Sperotto F, Friedman K, Son M, et al. Cardiac manifestations in SARS-CoV-2-associated multisystem inflammatory syndrome in children: a comprehensive review and proposed clínica approach. Eur J Pediatr

- [Internet]. 2021 [citado el 14 de abril de 2022]; 180 (2): 307–22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00431-020-03766-6>
85. Vargas A, Schreiber V, Ochoa E, et al. SARS-CoV-2: una revisión bibliográfica de los temas más relevantes y evolución del conocimiento médico sobre la enfermedad. *Neumol Cir Torax* [Internet]. 2020; 79 (3): 185–96. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2020/nt203k.pdf>
86. Dufort E, Koumans E, Chow E, et al. Multisystem Inflammatory Syndrome in Children in New York State. [Internet]. 2020. *N Engl J Med* [Internet]. 2020; 383 (4): 347–58. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2021756>
87. Jones VG, Mills M, Suarez D, et al. COVID-19 and Kawasaki Disease: Novel Virus and Novel Case. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.10.20097394v1.full.pdf>
88. Moreira A. Kawasaki disease linked to COVID-19 in children. [Internet]. 2020. [citado el 14 de abril de 2022]; 14 (3): 262–6. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2227-47312021000400002&script=sci_arttext
89. Bustos B, Raúl M; Jaramillo J, et al. Pediatric inflammatory multisystem syndrome associated with SARS-CoV-2: A case series quantitative systematic review: A case series quantitative systematic review. *Pediatr Emerg Care* [Internet]. 2021 [citado el 14 de abril de 2022]; 37 (1): 44–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/PEC.0000000000002306>
90. Rodríguez Y, Novelli L, Rojas M, et al. Autoinflammatory and autoimmune conditions at the crossroad of COVID-19. *J Autoimmun* [Internet]. 2020 [citado el 14 de abril de 2022]; 114 (102506): 102506. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102506>
91. Whittaker E, Bamford A, Kenny J, et al. Clinical characteristics of 58 children with a pediatric inflammatory multisystem syndrome temporally associated with SARS-CoV-2. *JAMA* [Internet]. 2020 [citado el 14 de abril de 2022]; 324 (3): 259–69. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32511692/>

92. Belot A, Antona D, et al. SARS-CoV-2-related paediatric inflammatory multisystem syndrome, an epidemiological study, France, 1 March to 17 May 2020. *Euro Surveill* [Internet]. 2020 [citado el 14 de abril de 2022]; 25 (22). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.22.2001010>
93. Morales J, Téllez C, Fleury A. Neurocisticercosis extraparenquimatosas: reto terapéutico A propósito de un caso de la glándula parótida. *Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex* [Internet]. 2020; 63 (4): 19–27. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2020/un204c.pdf>
94. White A, Robinson P, Kuhn R. *Taenia solium* cysticercosis: host-parasite interactions and the immune response. *Chem Immunol* [Internet]. 1997 [citado el 14 de abril de 2022]; 66: 209–30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9103671/>
95. Garcia H, Gonzalez A, Gilman R. *Taenia solium* cysticercosis and its impact in neurological disease. *Clin Microbiol Rev* [Internet]. 2020 [citado el 14 de abril de 2022]; 33 (3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1128/CMR.00085-19>
96. Prodjinotho U, Lema J, Lacorcía M, et al. Host immune responses during *Taenia solium* Neurocysticercosis infection and treatment. *PLoS Negl Trop Dis* [Internet]. 2020; 14 (4): e0008005. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0008005>
97. Lerner A, Shiroishi M, Zee C, et al. Imaging of neurocysticercosis. *Neuroimaging Clin N Am* [Internet]. 2012; 22 (4): 659–76. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S105251491200072X>
98. Dixon M, Winskill P, Harrison W, et al. *Taenia solium* taeniasis/cysticercosis: From parasite biology and immunology to diagnosis and control. [Internet]. 2021; 112: 133–217. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0065308X210001>
99. Moyano L, O'Neal S, Ayvar V, et al. High Prevalence of Asymptomatic Neurocysticercosis in an Endemic Rural Community in Peru. *PLoS Negl Trop Dis* [Internet]. 2016 [citado el 14 de abril de 2022]; 10 (12):

- e0005130. Disponible en:
<https://siis.unmsm.edu.pe/es/publications/high-prevalence-of-asymptomatic-neurocysticercosis-in-an-endemic->
100. Singhi P, Saini AG. Pediatric neurocysticercosis. [Internet]. 2019; *Indian J Pediatr*; 86 (1): 76–82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s12098-017-2460-8>
 101. Fleury A, Gomez T, Alvarez I, et al. High prevalence of calcified silent neurocysticercosis in a rural village of Mexico. *Neuroepidemiology* [Internet]. 2003 [citado el 14 de abril de 2022]; 22 (2): 139–45. Disponible en: <https://www.scienceopen.com/document?vid=3331043f-4e37-4804-afb9-7539ad095836>
 102. Del Brutto O. Neurocisticercosis, Epilepsia y Uso de Drogas Antiparasitarias. [Internet]. 2018. [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2019/04/2631-2581-rneuro-27-03-00057.pdf>
 103. Guía de práctica clínica de neurocisticercosis [Internet]. Gobierno del Perú. 2015. [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3393.pdf>
 104. Coyle C. Neurocysticercosis: An individualized approach. *Infect Dis Clin North Am* [Internet]. 2019 [citado el 14 de abril de 2022]; 33 (1): 153–68. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30712759/>
 105. Del Brutto O, Nash T, et al. Revised diagnostic criteria for neurocysticercosis. *J Neurol Sci* [Internet]. 2017 [citado el 14 de abril de 2022]; 372: 202–10. Disponible en: [https://www.jns-journal.com/article/S0022-510X\(16\)30748-1/fulltext](https://www.jns-journal.com/article/S0022-510X(16)30748-1/fulltext)
 106. Bustos J, García H, Del Brutto O. Reliability of Diagnostic Criteria for Neurocysticercosis for Patients with Ventricular Cystic Lesions or Granulomas: A systematic review. *Am J Trop Med Hyg* [Internet]. 2017 [citado el 14 de abril de 2022]; 97 (3): 653–7. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/4946>
 107. San D, Orta J, Rodríguez E, et al. Neurocisticercosis y epilepsia [Internet]. 2014. [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2014/bc143j.pdf>

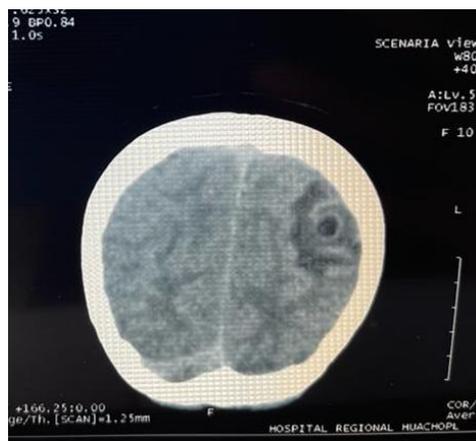
108. White A, Coyle C, Rajshekhar V, et al. Diagnosis and treatment of neurocysticercosis: 2017 clinical practice guidelines by the infectious diseases society of America (IDSA) and the American society of tropical medicine and hygiene (ASTMH). *Clin Infect Dis* [Internet]. 2018; 66 (8): e49–75. Disponible en: https://watermark.silverchair.com/cix1084.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL.pdf_
109. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre el tratamiento de la neurocisticercosis por *Taenia solium*. [Internet]. 2021. [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032231>
110. Sarria S, Frascheri L, Siurana S, et al. Neurocisticercosis. Hallazgos radiológicos. *Radiología* [Internet]. 2013; 55 (2): 130–41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rx.2011.11.009>

Anexos

Anexo 1 - Ecografía abdominal – Caso clínico 15 - Pediatría



Anexo 2 – Tomografía cerebral - Caso clínico 16 - Pediatría



Anexo 3 – Score de Wood-Downes - Caso clínico 13 - Pediatría

Score de Wood-Downes modificado			
	0	1	2
SatO2 a FiO2 0.21	≥ 95%	95-92%	≤92%
Frecuencia respiratoria	< 50 RPM	50-60 RPM	> 60 RPM
Sibilancias expiratorias	Leves	Toda la expiración	Inspiratorias y expiratorias audibles sin estetoscopio
Músculos accesorios	Ninguna y/o intercostal leve	Intercostal moderada y supraesternal	Intensa y/o bamboleo, aleto

Escala para la clasificación del grado de severidad de Bronquiolitis