

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL DE
EMERGENCIAS JOSE CASIMIRO ULLOA Y HOSPITAL NACIONAL
DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ EN EL 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA

PRESENTADO POR:

ANA MIRELLA RUIZ VARGAS

KATHERINE LISSETH SAAVEDRA RAMIREZ

ASESOR

PABLO GERARDO ARREDONDO MANRIQUE

LIMA - PERÚ

2024



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
DE EMERGENCIAS JOSE CASIMIRO ULLOA Y HOSPITAL
NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ EN
EL 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

PRESENTADO POR:

ANA MIRELLA RUIZ VARGAS

KATHERINE LISSETH SAAVEDRA RAMIREZ

ASESOR:

M.E. PABLO GERARDO ARREDONDO MANRIQUE

LIMA – PERÚ

2024

JURADOS

Presidente: Dr. Hector Miguel Lamilla Valdez

Miembro: Dra. Giovanna Itala Aguilar Oliva

Miembro: Dr. Lincoln Florencio Blacido Trujillo

DEDICATORIA

A nuestros padres y familiares quienes con mucho esfuerzo y sacrificio nos apoyaron de forma incondicional a lo largo de nuestra formación profesional.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
ÍNDICE	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL.	3
Rotación en Cirugía General	3
Rotación en Ginecología y obstetricia	9
Rotación en Medicina	15
Rotación en Pediatría	21
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	26
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	28
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	44
V. CONCLUSIONES	46
VI. RECOMENDACIONES	47
VII. FUENTES DE INFORMACIÓN	48

RESUMEN

Objetivo: Presentar y describir la experiencia adquirida durante el internado médico en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé y Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Métodos: Se realizó recopilación de datos mediante revisión de casos clínicos más incidentes y entrevista a pacientes en las 4 rotaciones hospitalarias: Medicina interna, Pediatría, Cirugía General, Ginecología y obstetricia, que forma parte del internado médico.

Conclusiones: El último año académico, correspondiente al internado médico, se considera un paso fundamental para el futuro médico, ya que en este periodo se afianza y/o consolida los conocimientos adquiridos previamente. Asimismo, refuerza las habilidades comunicativas en la relación médico – paciente, que es crucial en el desempeño de la medicina.

Palabras claves: *Internado médico, conocimiento, habilidades, experiencia*

ABSTRACT

Objective: To present and describe the experience acquired during the medical internship at the Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé and Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Methods: Data collection was performed by reviewing clinical cases plus incidents and interviewing patients in the 4 hospital rotations: Internal Medicine, Pediatrics, General Surgery, Gynecology and Obstetrics, which are part of the medical internship.

Conclusions: The last academic year, corresponding to the medical internship, is considered a fundamental step for the future physician, since in this period the previously acquired knowledge is strengthened and/or consolidated. It also reinforces communication skills in the doctor-patient relationship, which is crucial in the performance of medicine.

Key words: *Medical internship, knowledge, skills, experience.*

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOS
E CASIMIRO ULLOA Y HOSPITAL NACIO
N

AUTOR

ANA MIRELLA RUIZ VARGAS

RECUENTO DE PALABRAS

14941 Words

RECUENTO DE CARACTERES

86900 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

59 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

130.3KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 17, 2024 9:03 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 17, 2024 9:05 AM GMT-5

● 19% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 19% Base de datos de internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado



PABLO GERARDO ARREDONDO MANRIQUE

DNI: 10544164

<https://orcid.org/0000-0002-0493-245X>

INTRODUCCIÓN

La carrera de medicina humana en el Perú conta de 7 años de duración, de los cuales se encuentra dividido en 3 etapas: ciencias básicas donde priman los conocimientos básicos que posteriormente se correlacionarán con la etapa clínica donde hay una aproximación con los pacientes, finalmente se da por concluido con el internado medico donde se solidifican las etapas previas. (1)

El último año corresponde al internado médico, llegando a considerarse prácticas preprofesionales de la carrera, cabe recalcar que este es un año primordial debido a que se consolidan los conocimientos que se van adquiriendo en los años académicos previos, complementando con el acercamiento a los pacientes al participar activamente en su atención en los diferentes servicios durante la estancia en cada especialidad por la cual se rotó.

En Perú, para el periodo del internado 2023 – 2024 se hizo una variación en cuanto al tiempo de duración que usualmente comprendía 12 meses, se redujo 10 meses: de los cuales 8 meses fueron en el ámbito hospitalario y 2 meses en un establecimiento de primer nivel de atención, este cambio debido a la pandemia COVID 19. En este tiempo se tuvo que rotar por 4 especialidades como son: Medicina interna, Cirugía, Pediatría, ginecología y obstetricia. (2)

El internado medico inicio el 1 de abril de 2023 según la Resolución Directoral N° 473-2023, también se cuenta con bases del internado médico que establece los horarios laborales de interno, comprendiendo 6 horas diarias, 36 horas a la semana, llegando a 150 al mes en cada una de las instituciones correspondientes, en el caso de las autoras son en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé y Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. (3)

En cada hospital se contó con encargados ya sea residentes y/o asistentes que facilitaron el proceso de aprendizaje de diversas patologías y procedimientos, además de contar con tutores en cada una de las especialidades con los que se desarrollaban sesiones académicas. En base

a ello, se presentan las experiencias, el empleo de medicina basado en evidencia en cada caso expuesto en este trabajo.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL.

En este capítulo se presentarán 16 casos clínicos más comunes y relevantes de cada especialidad por la cual se rotó como son: Cirugía General, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, realizados en el Hospital de emergencia José Casimiro Ulloa y el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé respectivamente.

Rotación en Cirugía General

Caso clínico N°1

Paciente femenina de 48 años acude a emergencia, con tiempo de enfermedad aproximado de 2 días, por dolor abdominal, náuseas y vómitos. El dolor inicia de forma difusa después se localiza en fosa iliaca derecha no irradiado, tipo cólico, de intensidad 8 de 10, asociado a náuseas y vómitos dos veces de contenido alimentario. Paciente sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos contributarios además niega alergia a medicamentos

Signos vitales: presión arterial 100/60 mm Hg, frecuencia cardiaca 110 latido por minuto, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto, saturación 98%, temperatura 36.8°C

Al examen físico, paciente colaborador de aparente regular estado general, nutricional e hidratación, ventilando sin soporte de oxígeno.

- Piel y Faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2", mucosa semiseca.
- Tórax y pulmones: simétrico, murmullo vesicular pasa por ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos disminuidos, dolor a la palpación a predominio de fosa iliaca derecha, McBurney (+), Blumberg (+).
- Genitourinario: puntos renoureterales (-), puño percusión lumbar (-).

- Neurológico: LOTEP, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.

Se plantean como diagnóstico probable: síndrome doloroso abdominal a D/C apendicitis aguda. Además, se le solicitan exámenes de laboratorio Hemoglobina 12.4 gr/dL, leucocitos 15,000/mm³, bastones 0.0%, plaquetas 292,000/mm³, PCR: 24.32 mg/L, Glucosa: 83 mg/dL, Urea: 15 mg/dL, Creatinina: 0.68 mg/dL, Grupo Sanguíneo y Factor Rh: O positivo. Ecografía abdominal que concluye en evidenciar signos de proceso inflamatorio compatible con cuadro de apendicitis aguda.

Como parte del tratamiento se completan con exámenes prequirúrgicos y se brinda cobertura antibiótica con ceftriaxona 2 gr EV c/24h previa a la apendicetomía laparoscópica por apendicitis aguda. Hallazgos operatorios apéndice cecal de 6 x 1 cm, retroileal, perforado en su base, ciego móvil, líquido purulento de 50cc en fondo de saco de Douglas.

Posterior a ello pasa a hospitalización para continuar tratamiento antibiótico con ceftriaxona 2 gr EV c/24h y metronidazol 500 mg EV c/8h. Paciente con evolución favorable, no presentó complicaciones posteriores a la intervención, tolera de forma adecuada la vía oral al igual que la deambulación, cicatriz de puertos laparoscópicos bien afrontados sin signos de flogosis, por lo cual al culminar el tratamiento se considera el alta.

Caso clínico N°2

Paciente varón de 34 años acude al servicio de emergencia del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa refiriendo sufrir una quemadura con caldo hirviendo a nivel del tórax 5 días antes del ingreso. Menciona que el día del accidente acude a su posta cercana el cual solo le brindan naproxeno y le remarcan limpieza a la zona afectada en casa. Cinco días después acude al servicio agregando dolor tipo ardor con una intensidad 9/10 acompañado de una limitación en su movilidad. Antecedentes patológicos y familiares niega, al igual que alergia a medicamentos

Signos vitales: presión arterial 110/70 mm Hg, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto, frecuencia cardíaca: 81 latidos por minuto, temperatura: 37,2°C y SatO₂: 98%.

Al examen físico, paciente colaborador de aparente regular estado general, nutricional e hidratación, ventilando sin soporte de oxígeno

- Piel: Tibia, hidratada, Elástica, llenado capilar < 2", lesiones tipo escaras melicéricas, pérdida de dermis de 3x3 cm a nivel de cara anterior de tórax. Asimismo, presenta eritema perilesional sangrante por quemadura de segundo grado en cara anterior de tórax con signos de flogosis, superficie corporal afectada 18% (9s)
- Tórax y Pulmón: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos aéreos agregados, no tirajes.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos a la auscultación, no ingurgitación yugular, pulso periférico presente y simétrico.
- Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial y profunda.
- Genitourinario: puntos renouretrales (-), puño percusión lumbar (-).
- Neurológico: LOTEPE, Glasgow 15/15, no signos de focalización, no signos meníngeos.

Se plantea los siguientes diagnósticos: Quemadura de segundo grado infectada en cara anterior de tórax. Además, se solicita exámenes auxiliares con resultados de Hb 13.4gr/dL, leucocitos 16.300/mm³, plaquetas 212,000/mm³, abastoados 12%, urea: 18 mg/dL, creatinina: 0.71 mg/dL.

Como medida inicial se decide su hospitalización y a la reevaluación con resultados se decide empezar con terapia antibiótica con oxacilina. Durante su estancia hospitalaria se evidencia incremento de leucocitos en 20.200/mm³ por lo cual se decide agregar un segundo antibiótico que es la clindamicina por vía intravenosa, añadido de limpiezas quirúrgicas en SOP. Finalmente, el paciente luego de 5 limpiezas quirúrgicas exitosas con una evolución favorable y un último control con leucocitos en 7,200/mm³ con abastoados:0% es dado de alta del servicio con tratamiento vía oral (antibiótico + analgésico), asimismo se le indica que su control debe ser llevado a cabo por consultorio externo de hospital general.

Caso clínico N°3

Paciente mujer de 31 años con un tiempo de enfermedad de 2 días, inicio insidioso, curso progresivo, acude al servicio de Emergencia del HEJCU refiriendo que presenta un dolor abdominal tipo cólico a nivel de hipocondrio derecho, de intensidad 9/10, sin irradiación a otra región. Asociado a náuseas y vómitos de contenido bilioso en 3 ocasiones. Niega deposiciones líquidas. Sus funciones biológicas se encuentran disminuidas a nivel de apetito y sueño. Antecedentes personales: niega. Antecedentes familiares: niega.

Signos vitales: presión arterial 110/70 mm Hg, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto, frecuencia cardíaca: 79 latido por minuto, temperatura: 36.2°C y SatO₂: 98%.

Al examen físico, paciente quejumbroso de aparente regular estado general, nutricional e hidratación, ventilando sin soporte de oxígeno

- Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2", no palidez ictericia a nivel de las escleras ++/+++.
- Tejido celular subcutáneo: Cantidad y distribución conservada, no hay presencia de nódulos y no hay edemas.
- Tórax y Pulmón: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos aéreos agregados, no tirajes.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos a la auscultación, no ingurgitación yugular, pulso periférico presente y simétrico.
- Abdomen: Distendido, blando y depresible, ruidos hidroaéreos disminuidos, dolor a la palpación superficial y profunda a nivel del hipocondrio derecho, no hay signos de irritación peritoneal, no se palpan masas, no ascitis, signo de Murphy (+).
- Genitourinario: Puño percusión lumbar (-), puntos renoureterales (-)
- Neurológico: LOTEPE, Glasgow 15/15, no signos de focalización, no signos meníngeos.

Se plantea los siguientes diagnósticos: Síndrome doloroso abdominal, D/c Colecistitis aguda, se solicitan exámenes auxiliares los resultados fueron: Leucocitos:13.500/mm³, plaquetas:179.000/mm³, hematocrito:40%,

hemoglobina:11.90 gr/dL, abastionados:8, neutrófilos: 82, PCR:14 mg/L, examen de orina: sin alteraciones , bilirrubina indirecta:4.11, bilirrubina directa:13.17, bilirrubina total: 15.49, fosfatasa alcalina:242, GGTP:600, TGP:80, TGO:79, grupo sanguíneo: A positivo, prueba COVID: negativo, glucosa: 70 mg/L. Ecografía abdominal evidencia una vesícula biliar con un tamaño de 40x31mm pared de 6mm con múltiples cálculos el cual el de mayor longitud fue de 16mm y el colédoco: mide 4mm.

Posterior a la reevaluación con resultados se confirma el diagnóstico de Colecistitis aguda. De forma inicial se indica NPO, infusión de solución salina 0.9%, antibioticoterapia con metronidazol 500mg EV c/8hr y ciprofloxacino 400 mg EV c/12hr, tramadol SC condicional a dolor, se solicita riesgo quirúrgico para posteriormente pasar a SOP para realizar una colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda, en el cual se obtiene como hallazgo operatorio vesícula biliar de 10x4 cm, paredes engrosadas y vesícula llena de múltiples cálculos de 1cm aproximadamente, enclavado en bacinete sentado sobre el conducto cístico.

Después de la cirugía, el paciente cursa con evolución favorable, no presenta complicaciones postoperatorias, con funciones vitales en rango de normalidad, herida operatoria bien afrontada sin signos de flogosis, deambula, tolera la vía oral, ruidos hidroaéreos presentes, elimina flatos. Se considera el alta médica con indicaciones e información de signos de alarma y control post operatorio en 7 días.

Caso clínico N°4

Paciente varón de 59 años, con un tiempo de enfermedad de 2 años, acude al servicio de Emergencia del HEJCU refiriendo dolor a nivel de fosa iliaca izquierda de intensidad 8/10 que se irradia a nivel de escroto. Asimismo, menciona la aparición de una masa cada que realiza algún tipo de esfuerzo físico y que luego mejora en reposo, niega nauseas, niega vómitos. Paciente sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos contributarios además niega alergia a medicamentos

Signos vitales: presión arterial 100/60 mm Hg, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto, frecuencia cardíaca: 77 latidos por minuto, temperatura: 37°C y SatO₂: 99%.

Al examen físico: paciente colaborador de aparente regular estado general, hidratación y nutricional.

- Piel y faneras: No palidez, hidratada, tibia y elástica y llenado capilar < 2"
- Tórax y Pulmón: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos aéreos agregados, no tirajes.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos a la auscultación, no ingurgitación yugular, pulso periférico presente y simétrico
- Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial y profunda.
- Genitourinario: Puño percusión lumbar (-), puntos renoureterales (-)
- Inguinal: tumoración 9x5 cm en región inguinal, con anillo herniario de 4 cm, doloroso a la digitopresión, reductible, coercible, sin cambios en la coloración de la piel.
- Locomotor: Rangos articulares conservados, no limitación a la movilización activa ni pasiva de extremidades superiores e inferiores.
- Neurológico: Escala Glasgow 15/15, no signos de focalización ni signos meníngeos.

Se plantea diagnóstico: Hernia inguinoescrotal izquierdo. Se solicita exámenes auxiliares los resultados fueron: hemograma: hemoglobina 13.1gr/dL, leucocitos 7,090/mm³, abastionados 0.0%, plaquetas 325,000/mm³, PCR: 2.1 mg/L, glucosa: 74 mg/dL, urea: 19 mg/dL, creatinina: 0.59 mg/dL, Grupo Sanguíneo y Factor Rh: O positivo. Ecografía de partes blandas evidencia hernia inguinal indirecta sin signos de complicación.

Se decide la hospitalización para preparar y completar exámenes serológicos los cuales resultaron negativos, el paciente pasa a SOP para realizar hernioplastia inguinal izquierda. El acto quirúrgico no presento ninguna complicación por lo cual el paciente evoluciona favorablemente días

posteriores manteniendo funciones vitales dentro de rango de normalidad, por lo cual se decide alta con indicaciones médicas.

Rotación en Ginecología y obstetricia

Caso clínico N°1

Gestante de 34 años, con edad gestacional de 38 semanas 6 días por ecografía del primer trimestre, acude por dinámica uterinas. Paciente refiere presentar contracciones hace un par de horas que se hacen intensas por lo cual acude a emergencia, además refiere percibir movimientos fetales, niega pérdida de líquido y sangrado. antecedentes patológicos: obesidad grado II, niega antecedentes quirúrgicos, familiares y alergia a medicamentos, antecedentes gineco obstétricos: menarquia 12 años, FUR: no refiere, RC 4/30, IRS 19, PAP: ultimo hace 2 años, G3P2002, CPN: 7.

Signos vitales: presión arterial 110/80 mm Hg, frecuencia cardiaca 76 latido por minuto, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto, saturación 98%, temperatura 37°C IMC: 36.

Al examen físico, paciente colaboradora de aparente regular estado general, nutricional e hidratación, ventilando sin soporte de oxígeno.

- Piel y Faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2", palidez
- Tórax y pulmones: simétrico, murmullo vesicular pasa por ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: útero grávido y tono conservado
- Ginecológico: AU: 35, MF: ++, FCF:146 latido por minuto, SPP: LCD, DU: (F: C/5' D: 30" I: ++), cérvix: (I: 100% D:5 cm M: integras AP: c-3 VP: OI DT), pelvis ginecoide.
- Neurológico: LOtep, escala de Glasgow 15/15

Se plantean los diagnósticos de gestante de 38 semanas 6 días por ecografía del primer trimestre, trabajo de parto fase activa, obesidad grado II, por lo cual se decide su pase a centro obstétrico con la finalidad de monitorear

movimientos fetales, esperar la evolución espontanea de trabajo de parto, apertura de partograma, reevaluar en dos horas, además se le coloca una vía salinizada.

Se cuenta con resultados de exámenes auxiliares solicitados hemograma: hemoglobina 11,8 gr/dl, hematocrito 33,3%, tiempo de coagulación:6'30", tiempo de sangria:2', RPR: no reactivo, VIH: no reactivo, ecografía evidencia placenta corporal anterior, ponderado fetal de 3840gr, bolso mayor 35. Posterior a 6 horas aproximadamente la paciente entra en expulsivo, produciéndose parto eutócico de recién nacido vivo de sexo masculino con APGAR al 1' 9 y 5' 9, ya al finalizar la etapa del alumbramiento se evidencia sangrado profuso producto de atonía por lo cual se procede a realizar masajes uterinos y oxitocina IM, pese a ello no cede el sangrado se procede a usar comprimidos de misoprostol vía rectal y finalmente ergometrina previa toma de presión arterial, logrando así contrarrestar la hemorragia

Posterior a ello pasa a sala de puerperio para monitoreo, a la reevaluación la paciente las funciones vitales se encuentran dentro de rangos de normalidad, útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical, escasa cantidad de loquios hemáticos sin mal olor. Paciente pasa a alojamiento conjunto donde se evidencia control de hemoglobina en 9.8 gr/dl, encontrándose estable en condiciones de alta con indicaciones de sulfato ferroso 300mg c/12hr por 30 días y analgesia, también se brinda consejería y orientación en planificación familiar.

Caso clínico N°2

Gestante de 50 años, con edad gestacional de 37 semanas 1 día por tratamiento FIV con FT 07/09/22, acude a control prenatal e incidentalmente se le encuentra la presión arterial elevada 135/80 mm Hg en una segunda toma 150/90 mm Hg asociado a alteraciones visuales niega cefalea y epigastralgia. En cuanto a los antecedentes patológico de la paciente tiene hipotiroidismo hace 10 años en tratamiento con levotiroxina, trombofilia hereditaria en tratamiento con enoxaparina, antecedentes quirúrgicos apendicectomía convencional, quistectomía laparoscópica, niega antecedentes familiares y alergia a medicamentos, antecedentes gineco-

obstétricos menarquia 11 años, RC 5/30, IRS 18, PAP: negativo, G6P4014, CPN 10.

Signos vitales: presión arterial 150/90 mm Hg, frecuencia cardiaca 90 latido por minuto, frecuencia respiratoria 19 respiraciones por minuto, saturación 97%, temperatura 37°C, IMC: 28.

Al examen físico, paciente colaboradora de aparente regular estado general, nutricional e hidratación, ventilando sin soporte de oxígeno.

- Piel y Faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2", mucosa oral hidratada
- Tórax y pulmones: simétrico, murmullo vesicular audible en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: útero grávido y tono conservado
- Ginecológico: AU: 37, MF: +, FCF:142 latido por minuto, SPP: LCD, DU: esporádica, Cérvix: (posterior, 2cm blando), pelvis ginecoide.
- Neurológico: LOTEPE, escala de Glasgow 15/15.

Se plantean los diagnósticos de gestante de 37 semanas 1 días por FT, no trabajo de parto, preeclamsia severa, trombofilia hereditaria, hipotiroidismo y alto riesgo obstétrico por la edad + multiparidad, lo cual se decide su pase a centro obstétrico con la finalidad de monitorear movimientos fetales, mantener a la paciente en NPO, inicio de protocolo Zuspan y posibilidad de inducción de trabajo de parto esto según resultados de exámenes de laboratorio solicitados.

Se cuenta con resultados de exámenes auxiliares: Hemoglobina 12.2 gr/dL, Leucocitos 9,030/mm³, Plaquetas 252,070/mm³, PCR 4,9 mg/dL, Urea 16 mg/dL; Creatinina 1.2 mg/dL, TGO 38 U/L, TGP 32 U/L, Bilirrubina Total 0.69 mg/dL, Bilirrubina Directa 0.24 mg/dL, Proteínas Totales 6,7 g/dL, tiempo de coagulación:5', tiempo de sangría:2', serológicos negativos. La ecografía evidenció placenta corporal anterior grado III, ponderado detal de 3350gr, bolso mayor 36, PBF 10/10.

Se decide inducción de trabajo de parto previa maduración de cuello cervical, al no obtener Bishop favorable se decide terminar la gestación por cesárea, producto de la cesárea segmentaria transversa primaria un recién nacido vivo masculino con APGAR al 1' 8 y 5' 9, posterior a ello pasa a sala de hospitalización para monitoreo de funciones vitales, brindar antibioticoterapia, analgesia y antihipertensivo.

Paciente con evolución favorable, con funciones vitales dentro del rango normal, herida operatoria bien afrontada sin signos de flogosis, resultados de exámenes dentro de parámetros normales, encontrándose en condiciones de alta con indicaciones y orientación de cuidados posteriores, además de visitar al especialista correspondiente.

Caso clínico N°3

Gestante de 38 años, con edad gestacional de 37 semanas y 2 días por ecografía del primer trimestre, acude por consultorio externo para sus controles prenatales. Paciente refiere haber sido diagnosticada hace 1 mes con diabetes gestacional asimismo menciona que hace aproximadamente 19 días no cuenta con controles de glicemia, niega pérdida de sangre vaginal, líquido y percibe movimientos fetales. En cuanto a los antecedentes gineco obstétricos: FUR: no recuerda, RC: 4d/ 28, IRS: 18 MAC: no refiere, G1 P0000, CPN: 2 en CS y 6 en hospital, PA mínima-máxima (90/60-110/60, IMC: 27, ganancia ponderal: 9 kilos, con diagnóstico de diabetes gestacional (TTOG: 101-182-93) en tratamiento con dieta hipoglúcida

Signos vitales: presión arterial 110/65 mm Hg, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto, frecuencia cardíaca: 70 latido por minuto, temperatura: 36°C y SatO₂: 98%.

Al examen físico, gestante colaboradora de aparente regular estado general, nutricional e hidratación, ventilando sin soporte de oxígeno.

- Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2", no palidez, no cianosis, no ictericia.
- Tórax y Pulmón: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos aéreos agregados, no tirajes.

- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos a la auscultación, no ingurgitación yugular, pulso periférico presente y simétrico.
- Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial y profunda.
- Genitourinario: puntos renoureterales (-), puño percusión lumbar (-).
- Ginecológico: Altura uterina: 35 cm, FCF: 148 por minuto, SPP: LCD, no presenta dinámica uterina, cérvix: posterior, 1 cm, blando cerrado, pelvis ginecoide.

Se plantea los diagnósticos: Gestante de 37 semanas 2 días por ecografía del primer trimestre, no trabajo de parto, ARO: edad, diabetes gestacional, se decide su hospitalización en sala "B" para realizar monitoreo materno fetal y valores de glucosa por lo cual se solicita glucosa basal en ayunas, 1-2 horas post prandial, ecografía + prueba de bienestar fetal, NTS, además interconsulta a endocrinología.

En hospitalización se recibe resultado mostrando los siguientes valores glucosa basal: 79 mg/dl, post prandiales: 150 (1 hora) – 136 (2 horas), NST: DU: 1/10 +32 segundos y la ecografía: LCD, placenta: corporal posterior II, Líquido amniótico: BM: 56 mm, ponderado fetal: 3400 (p99), PBF: 8/8. La interconsulta a endocrinología fue respondida dando como indicación que los valores de glucosa se encontraban en rangos normales. Asimismo, se realiza interconsulta al servicio de nutrición en la cual sugiere dieta baja en glucosa a base de 2000 kcal/ día.

Días posteriores la paciente cuenta con evolución favorable, presentando funciones vitales dentro de rango de normalidad, al igual que los valores de glucosa, se decide el alta con indicaciones y explicando a la paciente los signos de alarma y en caso presente uno acudir al servicio de emergencia.

Caso clínico N°4

Gestante de 23 años, con edad gestación de 29 semanas 1 día por ecografía de primer trimestre de gestación, acude por emergencia con tiempo de enfermedad de 2 días, por disuria. Refiere presentar dolor al orinar y dolor a

nivel de la espalda, el día de su ingreso presento fiebre (38 °C), además menciona que percibe movimientos fetales, niega pérdida de sangre y/o líquido. En cuanto a los antecedentes patológicos y quirúrgicos no refiere, antecedentes gineco-obstétricos: menarquia a los 11 años. FUR: No recuerda. RC: 4-5/ 28. IRS: 17 años, MAC: no usa G1P0000, CPN: 5

Signos vitales: presión arterial 90/65 mm Hg, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto, frecuencia cardiaca: 98 latidos por minuto, temperatura: 37.6°C y SatO₂: 98%, IMC:27

Al examen físico, gestante colaboradora de aparente regular estado general, nutricional e hidratación, ventilando sin soporte de oxígeno.

- Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menos de dos segundos, no palidez, no cianosis, no ictericia.
- Tórax y Pulmón: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos aéreos agregados, no tirajes.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos a la auscultación, no ingurgitación yugular, pulso periférico presente y simétrico.
- Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial y profunda.
- Genitourinario: puntos renoureterales (-), puño percusión lumbar (+).
- Ginecológico: altura uterina de 29 cm, FCF:142 latido por minuto, SPP: LCD, a 134, OCE cerrado.
- Neurológico: LOTEPE, Glasgow 15/15

Se plantea los diagnósticos de gestante de 29 semanas 1 día por ecografía temprana, no trabajo de parto, D/c pielonefritis, de forma inicial se busca disminuir la temperatura por lo cual se indica paracetamol 500mg VO y medios físicos en paralelo se solicita exámenes y su hospitalización en la sala B para monitoreo materno fetal y brindar tratamiento en caso lo requiera. Se cuenta con resultados de exámenes auxiliares: hemograma hemoglobina 12.4g/dL, leucocitos 7.2000 /mm³, plaquetas 224.000 /mm³, abastionados 0%, examen de orina con apariencia turbia, pH 7,2, densidad: 1020, esterasa y nitritos positivos, leucocitos: 50-60 x campo.

Se decide iniciar tratamiento antibiótico ceftriaxona 2 gr/24h EV, solicitar urocultivo y otros exámenes complementarios que van con relación a la edad gestacional de la paciente, paciente responde de forma adecuada al tratamiento, cursa afebril por más de 72hr, funciones vitales dentro del rango de normalidad por lo cual se considera el alta con indicaciones sobre signos de alarma y medicación ambulatoria.

Rotación en Medicina

Caso clínico N°1

Paciente masculino de 58 años acude a emergencia, con tiempo de enfermedad aproximado de 2 días por dificultad respiratoria. Paciente refiere estar realizando actividades laborales y sentir una picadura de aparentemente un arácnido en la región cervical, posterior a ello presento prurito por lo cual acude a un centro particular donde le administran medicación que no recuerda, el síntoma persistía además se agrega incremento de tamaño, temperatura en región cervical y dificultad respiratoria, motivo por el cual acude al servicio de emergencia. Paciente niega antecedentes patológicos, quirúrgicos y alergia a medicamentos.

Signos vitales: presión arterial 110/70 mm Hg, frecuencia cardiaca 110 latido por minuto, frecuencia respiratoria 24 respiraciones por minuto, saturación 94%, temperatura 36.9 °C.

Al examen físico, paciente colaborador de aparente regular estado general, nutricional e hidratación, ventilando sin soporte de oxígeno.

- Piel y Faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2”.
- Cabeza y cuello: normocéfalo, incremento de tamaño, temperatura, eritematoso en cara lateral de región cervical izquierda, doloroso a la palpación.
- Tórax y pulmones: simétrico, murmullo vesicular pasa por ambos hemitórax, no ruidos agregados.

- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no dolorosos a la palpación.
- Genitourinario: puntos renoureterales (-), puño percusión lumbar (-).
- Aparato locomotor: moviliza las cuatro extremidades, limitación en región cervical.
- Neurológico: LOPEP, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.

Se plantea como diagnóstico celulitis en región cervical lateral izquierda, D/C picadura de araña. Se solicitan exámenes de laboratorio hemograma: Hemoglobina 13,3 g/dL, leucocitos 10,800/mm³, bastones 2%, plaquetas 335,000/mm³, PCR: 16 mg/L, Glucosa: 95 mg/dL, Urea: 28 mg/dL, Creatinina: 0.55 mg/dL. Ecografía de partes blandas signos compatibles de inflamación en región cervical lateral.

Se decide la hospitalización del paciente, iniciando tratamiento con ceftriaxona 1gr EV c/12hr y clindamicina 600 mg EV c/8hr más higiene de área afectada, durante su estancia hospitalaria se rota de antibiótico a oxacilina 2 gr EV c/6h y clindamicina 600 mg EV c/8hr, además de solicitar control de exámenes laboratorio hemograma: Hemoglobina 12,7 gr/dL, leucocitos 5,110/mm³, bastones 1%, plaquetas 332,000/mm³, PCR: 11 mg/L, Glucosa: 98 mg/dL, Urea: 29 mg/dL, Creatinina: 0.72 mg/dL y interconsulta al servicio de cirugía quienes concluyen que no amerita drenaje y continuar tratamiento antibiótico.

Paciente presenta evolución favorable, disminución de volumen, temperatura y eritema de la región afectada, exámenes de control con resultados dentro de los rangos de normalidad y en séptimo día de tratamiento antibiótico se considera el alta.

Caso clínico N°2

Paciente femenina de 30 años acude a emergencia, con tiempo de enfermedad aproximado de 18h por dolor abdominal y náuseas. Paciente refiere dolor posterior a la ingesta copiosa de alimentos, localizado en

epigastrio que posteriormente se irradia a la espalda, de tipo cólico, de intensidad 9/10, asociado a nauseas. En cuanto a antecedentes patológicos, paciente refiere diagnóstico de litiasis vesicular hace un año, antecedentes quirúrgicos y alergia a medicamentos niega.

Signos vitales: presión arterial 100/60 mm Hg, frecuencia cardiaca 75 latido por minuto, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto, saturación 98%, temperatura 37.3 °C.

Al examen físico, paciente colaboradora de aparente regular estado general, nutricional e hidratación, ventilando sin soporte de oxígeno.

- Piel y Faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2", mucosa oral húmeda, ictericia ++/+++.
- Tórax y pulmones: simétrico, murmullo vesicular pasa por ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, dolor a la palpación a predominio de epigastrio.
- Genitourinario: puntos renoureterales (-), puño percusión lumbar (-).
- Neurológico: LOTEPE, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.

Se plantea como diagnóstico probable síndrome doloroso abdominal a D/C pancreatitis y colecistitis aguda. Se solicitan exámenes de laboratorio hemograma: Hemoglobina 12,3 gr/dL, leucocitos 8,200/mm³, bastones 2%, plaquetas 255,000/mm³, PCR: 16 mg/L, Glucosa: 90 mg/dL, urea: 16 mg/dL, creatinina: 0.70 mg/dL, amilasa: 1231.67 U/L Lipasa: 848.60 U/L Ecografía abdominal donde se evidencian signos ecográficos de litiasis vesicular múltiple.

Con los resultados, además se solicitan otros exámenes auxiliares concluyendo en Pancreatitis aguda de etiología biliar, se inicia infusión de solución salina, tramadol 50 mg SC c/8h y su pase a hospitalización para continuar el tratamiento. Durante su estancia el gastroenterólogo solicita una

colangiografía sin contraste donde no se evidencia obstrucción de vías biliares descartando la sospecha de una posible coledocolitiasis.

Se solicitan exámenes de laboratorio para evidenciar su evolución. Hemograma: hemoglobina 12 gr/dL, leucocitos 6,100/mm³, bastones 0%, plaquetas 255,000/mm³, PCR: 10 mg/L, Glucosa: 90 mg/dL, urea: 14.01 mg/dL, creatinina: 0.69 mg/dL, amilasa: 229.97 U/L Lipasa: 252.03 U/L. Mas allá de disminución de algunos marcadores, la paciente en paralelo tolera la dieta de forma progresiva, también refiere no presentar dolor ni otra molestia, motivo por el cual se considera el alta médica con indicaciones y recomendaciones de la dieta y visitar el consultorio de cirugía general.

Caso clínico N°3

Paciente femenina de 74 años acude a emergencia, con tiempo de enfermedad aproximado de 1 día por malestar general, náuseas, vómitos. Paciente refiere malestar general hace un día que no le toma importancia, pero persiste asociado a náuseas que progresan a vómitos en 4 oportunidades de contenido alimentario, además se encuentra inapetente. En cuanto a antecedentes patológicos, paciente refiere diagnóstico de hipertensión arterial hace 10 años (atenolol), diabetes mellitus hace 34 años (Glidiabet), polineuropatía hace 10 años, infección del tracto urinario BLEE + hace una semana en tratamiento con nitrofurantoina antecedentes quirúrgicos apendicetomía hace 10 años.

Signos vitales: presión arterial 120/75 mm Hg, frecuencia cardiaca 82 latido por minuto, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto, saturación 98%, temperatura 37°C.

Al examen físico, paciente colaboradora de aparente regular estado general, nutricional e hidratación, ventilando sin soporte de oxígeno.

- Piel y Faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2", mucosa oral seca.
- Tórax y pulmones: simétrico, murmullo vesicular pasa por ambos hemitórax, no ruidos agregados.

- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación.
- Genitourinario: puntos renoureterales (-), puño percusión lumbar (+).
- Neurológico: LOTEPE, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.

Se plantea como diagnóstico síndrome emético, diabetes mellitus descompensada e infección del tracto urinario. Los resultados de los exámenes de laboratorio son: glucosa: 539 mg/dL, lactato: 2,11mmol/L, sodio: 129mmo/L potasio:3,8mmol/L, adicionalmente se solicita hemograma y examen de orina con resultados: Hemoglobina 12,8 gr/dL, leucocitos 13,200/mm³, bastonados 2%, plaquetas 315,000/mm³, PCR: 8 mg/L, urea: 21mg/dL, creatinina: 0,92 mg/dL, 120 leucocitos por campo.

Inicialmente se le infunde solución salina 0,9% para hidratar a la paciente, en paralelo al tener valores de la glucosa se le administra 8 UI de insulina r, en el control se evidencia la glucosa: 449 mg/dL. Se decide hospitalizar a la paciente para manejo y monitores de glicemia, además de continuar tratamiento antibiótico con nitrofurantoina 100mg c/6h y amikacina 250mg c/12hr.

Durante su estancia se logró regularizar el valor de la glucosa, además de culminar el tratamiento antibiótico, encontrándose estable con funciones vitales dentro de parámetros normales por lo cual se considera el alta médica con indicaciones sobre la dieta que debe tener, consejería por parte del servicio de nutrición y el control de la glucosa que debe realizar de forma rutinaria.

Caso clínico N°4

Paciente Femenina de 64 años acude a emergencia, con tiempo de enfermedad de un día por cefalea. Paciente refiere presentar dolor de cabeza en la región frontal, de intensidad 4/10 que calmo con paracetamol, niega nauseas y/o vómitos posteriormente el dolor se intensifica se realiza medida de presión arterial el cual resulta 145/75mmHg por lo cual acude al hospital.

En cuanto a antecedentes patológicos de la paciente refiere hipertensión arterial hace 15 años en tratamiento discontinuo con losartán c/12hr, dislipidemia y obesidad, antecedentes quirúrgicos colecistectomía, niega alergia a medicamentos.

Signos vitales: presión arterial 190/125 mm Hg, frecuencia cardiaca 98 latido por minuto, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto, saturación 98%, temperatura 37°C.

Al examen físico, paciente quejumbroso, pero colabora con examen, de aparente regular estado general, nutricional e hidratación, ventilando sin soporte de oxígeno.

- Piel y Faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2"
- Tórax y pulmones: simétrico, murmullo vesicular pasa por ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación.
- Neurológico: LOTEP, escala de Glasgow 15/15, moviliza las cuatro extremidades, no signos meníngeos ni de focalización.

Se plantea como diagnostico crisis hipertensiva – urgencia, inicialmente se le indica un electrocardiograma el cual no evidencia alteración por lo que se le indica reposo, monitorio de presión arterial, captopril de 25 mg VO de forma inmediata y paracetamol 1gr EV, pasado una hora aproximadamente se le vuelve a medir la presión arterial resultando 180/100 mm Hg por lo cual debe de continuar en observación y se prescribe captopril de 25 mg VO.

Posterior a unas horas paciente cuenta con presión arterial de 160/90 además refiere disminución notable del dolor, encontrándose en condiciones de alta con indicaciones sobre monitoreo de presión arterial, información de signos de alarma, evaluación en una semana por consultorio externo del especialista correspondiente hasta entonces se reajusta medicación de hipertensión arterial a captopril 25mg c/12hr.

Rotación en Pediatría

Caso clínico N° 1

Lactante menor masculino de 5 meses es llevado a emergencia por su madre, con tiempo de enfermedad 8 días por tos y dificultad respiratoria, madre refiere tos y congestión nasal por lo cual acude a un consultorio donde le indican azitromicina por 5 días, termina el tratamiento, pero la tos se hace más exigente generando dificultad para respirar y disminución de lactancia. En cuanto a los antecedentes, nació por parto eutócico, PN: 3600, edad gestacional 36 semanas, talla al nacer 50 cm, alimentación lactancia materna exclusiva, inmunizaciones hasta 2 meses, IPA (+), niega antecedentes quirúrgicos y alergia a algún medicamento.

Signos vitales: presión arterial 90/65 mm Hg, frecuencia cardiaca 148 latido por minuto, frecuencia respiratoria 65 respiraciones por minuto, saturación 92%, temperatura 37°C.

Al examen físico, paciente poco colaborador de aparente regular estado general, nutricional e hidratación

- Piel y Faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2", no cianosis
- Tórax y pulmones: simétrico, murmullo vesicular pasa audible por ambos hemitórax, sibilantes espiratorios, espiración prolongada, tiraje subcostal.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación.
- Neurológico: despierto, decaído y quejumbroso

Se plantea como diagnostico bronquiolitis aguda, se brinda oxigenoterapia y nebulizaciones con 5cc de suero fisiológico c/4h, posteriormente al contar con criterios se decide su hospitalización para continuar con tratamiento y así lograr saturación adecuada. Tras 5 días de hospitalización de forma progresiva se desteta de oxígeno, tolera de forma correcta la lactancia, con evolución favorable se encuentra en condiciones de alta con indicaciones sobre los signos de alarma y cuidados.

Caso clínico N° 2

Preescolar femenina de 4 años, es llevado a emergencias del Hospital Madre Niño San Bartolomé por su madre, con tiempo de enfermedad de 5 días por tos exigente, madre refiere que su hija inicialmente presentó sensación de alza térmica la cual cede con paracetamol, al día siguiente de haber presentado el primer síntoma se agrega tos seca esporádica, días posteriores la tos se vuelve exigente y madre comenta que escucha que “le suena el pecho”, asimismo un día antes de su ingreso madre nota disminución del apetito, tras persistir sintomatología decide llevarlo por emergencia. En cuanto a los antecedentes patológico diagnóstico de epilepsia, niega antecedentes quirúrgicos y alergia a algún medicamento.

Signos vitales: presión arterial 125/90 mm Hg, frecuencia respiratoria 24 respiraciones por minuto, frecuencia cardiaca: 95 latidos por minuto, temperatura: 37.2°C y SatO₂: 93%.

Al examen físico se evidencia, paciente de aparente regular estado general, nutricional e hidratación

- Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menos de dos segundos, no ictericia, no cianosis.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en campos pulmonares, roncales difusos en ambos campos pulmonares, subcrépitos bibasales, no tirajes
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, no ingurgitación yugular. Pulsos periféricos presentes.
- Abdominal: ruidos hidroaéreos presentes, no dolor a la palpación, blando, depresible, no visceromegalia.
- Neurológico: Despierta, reactiva a estímulos, parálisis espástica en miembros superiores e inferiores, no responde a órdenes simples.

Se plantea como diagnóstico neumonía viral, epilepsia por historia clínica y acidosis tubular renal. Al evidenciar desaturación, taquipnea se decide iniciar oxigenoterapia, hospitalizar y solicitar hemograma, PCR, los resultados fueron: Leucocitos: 5.900/mm³, plaquetas:160.000/mm³, hematíes: 6,

hematocrito: 40%, hemoglobina: 11.90 gr/dL, abastones: 4, PCR: 9 mg/L. Durante su estancia hospitalaria se agregó nebulizaciones con suero fisiológico c/3hr, destete progresivo de oxigenoterapia, vigilancia constante del patrón respiratorio y funciones vitales. Presenta evolución favorable, con funciones vitales normales, tolera bien vía oral por lo cual se indica alta médica.

Caso clínico N° 3

Lactante mayor varón de 2 años, acude a emergencia en compañía de su madre, con tiempo de enfermedad de 2 días por deposiciones líquidas. Madre refiere que su hijo 2 días antes del ingreso empezó a realizar heces líquidas, 6 veces por día aproximadamente, el aspecto de las deposiciones fue líquidas, con moco, pero sin sangre, un día antes del ingreso la madre refiere que su hijo presentó náuseas y vómitos en 2 oportunidades, asimismo de presentar una disminución del apetito y sensación de alza térmica no cuantificada.

Signos vitales: presión arterial 120/70 mm Hg, frecuencia respiratoria 23 respiraciones por minuto, frecuencia cardíaca: 115 latido por minuto, temperatura: 38.2°C y SatO₂: 98%.

Al examen físico, paciente de aparente regular estado general, nutricional e hidratación.

- Piel y mucosas: tibia, hidratada y elástica, no hay signos de deshidratación tanto en piel como en mucosas. Llenado capilar menor de 2 segundos.
- Tórax y pulmón: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos aéreos agregados, no tirajes.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos a la auscultación, no ingurgitación yugular.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, leve dolor a la palpación profunda en abdomen difuso, no signos de irritación peritoneal
- Genitourinario: Puño percusión lumbar (-), puntos renoureterales (-)
- Neurológico: somnolienta, irritable, reactiva a estímulos.

Se plantea como diagnóstico presuntivo enfermedad diarreica aguda. Se indica disminución de fiebre mediante medios físico, se solicita hemograma, reacción inflamatoria en heces, PCR, los exámenes de laboratorio resultaron en rangos normales, además inicio tratamiento con sales de rehidratación vía oral, metamizol IM. El paciente es llevado a sala de observación en el cual horas posteriores demostró una buena tolerancia vía oral, evolucionando favorablemente y cumpliendo las condiciones para ser dado de alta.

Caso clínico N° 4

Escolar mujer de 10 años acude al servicio de emergencias del Hospital Madre Niño San Bartolomé en compañía de su madre, con tiempo de enfermedad de 3 días por rinorrea y odinofagia. Madre refiere 3 días antes del ingreso la paciente curso con fiebre 38.2°C, acompañado de tos con secreciones blanquecinas y malestar general, 1 día cursa se agrega dolor al ingerir los alimentos y tos con movilización de secreciones con mayor frecuencia. Con relación a sus antecedentes patológicos y quirúrgicos niega, al igual que alergia a algún medicamento

Signos vitales: Frecuencia respiratoria 26 respiraciones por minuto, frecuencia cardíaca: 120 latidos por minuto, temperatura: 38.1°C y SatO₂: 97%.

Al examen físico, paciente colaborador de aparente regular estado general, nutricional e hidratación

- Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menos de dos segundos, no ictericia, no cianosis.
- Orofaringe: placas exudativas, eritematosa.
- Cabeza y cuello: masa palpable de 2 cm a nivel región cervical derecha.
- Tórax y Pulmón: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos aéreos agregados, no tirajes.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos a la auscultación, no ingurgitación yugular.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, leve dolor a la palpación profunda en abdomen difuso, no signos de irritación peritoneal
- Genitourinario: Puño percusión lumbar (-), puntos renoureterales (-)

- Neurológico: LOPEP, Glasgow 15/15, no signos de focalización, no signos meníngeos.

Se plantea diagnóstico: Faringoamigdalitis aguda y se solicita exámenes auxiliares que muestran los siguientes resultados Leucocitos:13.200/mm³ plaquetas: 294.000/mm³, hematíes: 3.02, hematocrito: 35.07%, hemoglobina:12.10 gr/dL, bastonados:3, neutrófilos:81, PCR:110.1mg/L, prueba rápida de COVID: negativo. Al reevaluar con resultados con se indica amoxicilina 500 mg VO c/12 horas por 10 días y paracetamol 500 mg VO c/8 horas por 3 días, luego condicional a T > 38°C, v. Se brinda el alta con indicación médica e informa los signos de alarma y cómo actuar frente a ello, además de visitar el consultorio externo de pediatría en 48 horas.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa, clasificado como nivel III-E de complejidad, cuenta con las especialidades de Anestesiología, Cirugía general, Emergencia Pediátrica, Neurocirugía, Ginecología, Medicina Interna y Traumatología, para atender pacientes encontrados en circunstancias de emergencias y urgencia médico quirúrgicas, (4) pertenecientes a la DIRIS centro.

El origen del hospital fue producto de la fusión del establecimiento central de la av. Grau y la asistencia pública de Miraflores, siendo inaugurado en 1955. (5) Está ubicado en la avenida Roosevelt 6355 y 6357, urbanización san Antonio en el distrito de Miraflores, Lima. Tiene un área total de 1410.00m² con 7 pisos distribuidos en servicios como tópico de emergencia, trauma shock, estudio por imágenes, laboratorio, sala de operaciones, hospitalización, administración y hospitalización para especialidad de cirugía general, traumatología, neurocirugía y medicina, buscando cubrir una población de 3487,763. (4)

En este centro hospitalario el interno puede desarrollar rotaciones en el servicio de Cirugía general y Medicina Interna, como es el caso de las autoras. Durante la pandemia por COVID 19 con el fin de exponer y reducir riesgos se distribuyeron de forma equitativa la rotación por los servicios que comprende cada especialidad, pero en este periodo post COVID se primó la programación de mayor cantidad de días por hospitalización de ambas especialidades con el fin que el interno tenga más conocimientos e involucramiento con los pacientes.

El Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé, categorizado como III-E de complejidad, especializado en brindar atención a salud sexual y reproductiva de la mujer de igual forma se enfocan en la atención integral del neonato niño y del adolescente. (6)

El hospital se erigió en enero de 1646 liderado por el Sacerdote Agustino Fray Bartolomé de Vadillo y el Jesuita P. Gabriel Perli, inicialmente se ubicaba en el Jr. Miro Quesada, pero terremoto de 1687 genero estragos en la

construcción, ya en 1988 fue trasladado a la ubicación donde se encuentra actualmente, Av. Alfonso Ugarte 825, Cercado de Lima. Tiene un área de 4,501,48 m² y un área adicional de 1,448,90 distribuidos en consultorio externo, emergencia, centro obstétrico, centro quirúrgico, hospitalización, cuidados intensivos, diagnóstico por imágenes, laboratorio, anatomía patológica, farmacia, banco de sangre, buscando atender a los que corresponde la jurisdicción de unos 2797,652. (6)

Las rotaciones restantes como Pediatría, Ginecología y Obstetricia las autoras lo desarrollaron en el hospital ya mencionado. Durante la rotación por cada especialidad se realizaron conferencias de bioseguridad, charlas académicas y se participó activamente en la atención de pacientes desde su ingreso hasta el alta médica.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

Rotación en cirugía general

Caso clínico N° 1

La apendicitis es el proceso inflamatorio del apéndice vermiforme, considerado como la causa más frecuente de cirugía abdominal de emergencia debido a la obstrucción del lumen por fecalitos, hiperplasia linfoide, infección, cálculos y tumores (8). Se genera incremento de la presión luminal desencadenando trombosis por lo que disminuye el flujo vascular y acumulación de bacteria que podría progresar a una perforación.

La clínica que presenta la paciente es característico de apendicitis, al igual durante el examen físico presento signos positivos como McBurney y Blumberg positivo más con los resultados de exámenes de laboratorio nos permiten correlacionar con la escala de Alvarado que valora la probabilidad de apendicitis, obteniendo una puntuación de 8/10. Si bien existen varias herramientas que contribuyen con el diagnóstico, esta escala es una de las más usadas en la práctica médica teniendo una sensibilidad de 84% y especificidad de 80%. (9)

Al tener una probabilidad alta de apendicitis, el tratamiento de este es la apendicetomía actualmente el abordaje más usado es el laparoscópico debido a que la estancia hospitalaria disminuye. (10) Previo a la intervención se deben tener algunas medidas como el uso de antibióticos de amplio espectro, ya que se reducen las posibles complicaciones (11), a la paciente se le administro 2gr de ceftriaxona endovenoso.

Las apendicitis se clasifican de acuerdo con la fase en la cual se encuentran en caso de la paciente se encontraba perforada en su base, por lo cual se considera como una apendicitis aguda complicada, donde predominan bacilos gramnegativos y anaeróbicos también se ha evidenciado presencia de *Escherichia coli*, *Peptostreptococo* y *Bacteroides fragilis*, (12) por lo cual se debe de administrar antibióticos postoperatorio con actividad contras estas

bacterias, (13) a la paciente se le administro ceftriaxona y metronidazol.

Caso clínico N°2

Las quemaduras son lesiones de la piel el cual puede ser de daño local y/o sistémico que genera. Entre los diferentes causantes tenemos: Por agentes térmicos; eléctricas, y químicas. Las primeras 72 horas en casos severos es muy importante debido al incremento de mortalidad por shock hipovolémico. Según la profundidad de superficie afectada nos permite clasificar en: Quemadura de primer grado se evidencia hipersensibilidad en la cual compromete únicamente la epidermis y se regenera de 3 – 5 días no dejando cicatriz. Las de segundo grado, compromete las dos capas más superficiales como son la dermis y epidermis generando ampollas y eritemas, se regenera hasta en 14 días. Las de tercer grado afectan las ya antes mencionadas y el TCS suelen ser acartonadas y necesitan ser tratadas de manera quirúrgica como es la colocación de injertos.

Por último, las quemaduras de cuarto grado se ven comprometidos planos más profundos como es musculo y/o hueso. Según el protocolo de estabilización inicial de pacientes quemados como primer paso es rociar no por más de 20 minutos agua fría, retirar ropa u objetos, eliminar residuos químicos asegurar la vía aérea, tener un apoyo oxigenatorio. (14) Si presentará algún caso de distrés respiratorio será necesario la intubación orotraqueal. Evaluar La colocación de vía venosa periférica de preferencia en una región corporal sin daño alguno. Finalmente, luego de realizar una debida atención inmediata, se debe proceder a la cuantificación de superficie de cuerpo afectado, realizando la regla de los nueve.

Asimismo, se procederá a una fluidoterapia solo si la necesidad del paciente lo requiere y exista una pérdida de la superficie del cuerpo mayor del 20%. El cual una de las fórmulas más utilizadas es el Parkland. (15) Además la administración de analgésicos en este tipo de casos será de preferencia por vía endovenosa como los opioides o metamizol; y de no presentar registro de la vacuna antitetánica en los últimos 5 años se recomienda colocársela. Las limpiezas continuas de las heridas tendrán gran importancia para así evitar

signos de flogosis y el riesgo de infección. Los agentes recomendados para las limpiezas son gel antimicrobiano como el hidrogel con plata iónica o sulfadiazina de plata y la frecuencia de ellas dependerá del grado de la lesión.

Caso clínico N°3

La colecistitis aguda es aquella inflamación de la vesícula biliar específicamente de su pared, dentro de las causas más frecuente es la presencia de cálculos biliares que generan atrapamiento de la bilis en vesícula biliar, provocando dicha irritación, hinchazón e infección como también pueden ser alitiásica presente en pacientes inmunosuprimidos. Asociada a las 4F: que son sexo femenino, fértil, obesidad y edad (40 años). (16)

La presentación clínica se caracteriza inicialmente por cólico biliar, dolor abdominal que puede irradiarse a la escapula, náusea vómitos y otros. La base del diagnóstico para una colecistitis aguda son los criterios de Tokio la cual involucran tanto criterios clínicos, hallazgo imagenológico y analíticos. (17) En el caso clínico presentado los signos y síntomas son característicos de la colecistitis, el dolor a nivel de hipocondrio derecho y la presencia del signo de Murphy. Todo ello sumado a pruebas de laboratorio e imagen que confirman el diagnóstico. (18)

El tratamiento de la colecistitis aguda es netamente quirúrgico, previo a ello se debe de considerar algunas medidas como la hidratación, la analgesia (aínes, meperidina) y el uso de antibióticos con el objetivo de prevenir aparición de abscesos y su uso esta recomendado en casos complicados. Los agentes bacterianos involucrados so *E. coli*, *Enterococcus*, *Kebsiella* por lo cual los fármacos deberían tener actividad contra estas. (19)

Caso clínico N°4

Una hernia es la protrusión de cualquier órgano o tejido fuera de la cavidad en que está alojado normalmente. Sus componentes: anillo herniario, saco herniario y contenido anatómico. La clasificación según localización es: inguinales (85%), femoral (5%), umbilical (4%), epigástricas (2%). Asimismo, la clasificación según su condición se divide en dos: reducibles (espontánea y manual), irreducibles (incaerada y estrangulada). Según su epidemiología

las hernias inguinales se presentan con mayor frecuencia en pacientes en la sexta década de su vida y en ambos sexos. Factores de riesgo asociado. Edad, tabaquismo, estreñimiento crónico, obesidad, embarazos, esfuerzos físicos, etc.

La hernia inguinal es el desplazamiento de algún tejido abdominal a través de una cavidad generada en la pared abdominal a nivel de la ingle. Su diagnóstico radica en la realización de una buena anamnesis y un correcto examen físico. Su clínica es muy variable pero generalmente viene asociada a dolor a nivel de la ingle, la cual se acentúa con levantar objetos, aparece al final del día u mejora en reposo. En el examen clínico se pueden realizar diferentes maniobras que nos pueden guiar y dar una mejor orientación clínica, dentro de las cuales tenemos a la maniobra de: Valsalva, Landívar o Andrews. (20)

En base a las características anatómicas como el anillo inguinal y vasos epigástricos se clasifican en cuatro tipos que se correlacionan con la hernia inguinal indirecta donde el anillo inguinal podría o no encontrarse conservado y se presenta lateral a los vasos. En la directa su salida tiene como referencia el triángulo de Hesselbach y es medial a los vasos. La inguinal escrotal debido a que llega hasta esta región, también conocida como inguinolabial en caso de las mujeres. La Mixta o en pantalón puede ser directa e indirecta. El tipo cuatro es el recurrente relacionado a los antes ya mencionados.

Asimismo, la clasificación Nyhus es una de las más utilizadas para clasificar hernia inguinal. El tratamiento definitivo de esta patología es quirúrgico. En el caso presentado el cuadro clínico y un buen examen físico fueron de gran importancia para confirmar el diagnóstico, sin embargo, si añadimos la confirmación ecográfica no existía duda alguna que estábamos frente a una hernia inguinoescrotal. En la intervención quirúrgica se utilizó técnica de Liechtenstein, en su reporte operatorio se manifiesta el hallazgo de un saco herniario de 9x4 cm que protruye a nivel lateral de vasos epigástricos y el diámetro del defecto herniario fue de 3 cm. La técnica utilizada en este paciente es de lección por menor porcentaje a recidivas.

Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico N°1

La hemorragia posparto es una de las causas más asociadas a mortalidad materna, se define la pérdida de sangre > a 1000ml independiente del tipo de parto, antes se tenía el concepto de pérdida > 500 ml por parto vaginal y > 1000ml por cesárea. Al determinar la causa es de ayuda las cuatro "T" que son atonía, trauma, tejido y trombina, (21) el caso presentado se debió una atonía uterina la paciente presentaba como factor de riesgo la multiparidad generando la sobre distensión del útero, al identificar estos factores contribuirían a prevenir una posible hemorragia.

La detección temprana es importante debido a lo antes ya mencionado, pero generalmente no presenta síntomas a no ser que el volumen sea considerable que presente sintomatología de hipovolemia como hipotensión o taquicardia. (22) Para el manejo inicial se requiere de trabajo coordinado donde se estime la pérdida de sangre, se controlen las funciones vitales a la par se tiene que reponer fluidos de forma compensatoria y detectar el origen de la hemorragia en base a las causas. (23)

El manejo específico de las atonías uterinas consiste en una secuencia de procedimientos, de forma inicial el masaje bimanual así activar las prostaglandinas endógenas, (21) en paralelo se debe de administrar oxitocina que es considerada como uno de los pilares del tratamiento, estos procedimientos se realizó con la pacientes pero el sangrado persistía, se procedió continuar con agonista de prostaglandinas E1 si bien se cuestiona su uso, (24) entonces se inicia con medicamentos considerados de segunda línea como la ergometrina previa toma de presión arterial, ya que está contraindicado en casos de hipertensión. (22) la hemorragia cedió por lo que no fue necesario recurrir a métodos mecánicos y en el control realizado no tuvo la necesidad de transfusión sanguínea, de esta forma se evitó complicaciones.

Caso clínico N°2

La preeclampsia es definida como un estado hipertensivo durante la gestación, se presenta posterior a la semana 20 de gestación también se define como PAS \geq 140 y/o PAD \geq 90 tomada en dos ocasiones diferentes con un intervalo de tiempo de 4 horas, (25) esto se evidencio en el caso presentado, puede o no estar asociado a proteinuria o bien presentar daño de órgano blanco (26). La causa de este trastorno es indeterminada, pero se plantea la teoría de la inadecuada remodelación de arterias e invasión de trofoblastos. (25) Además se debe de considerar los factores de riesgo como la gestación de la paciente fue mediante reproducción asistida, la edad y el antecedente de trombofilia.

La manifestación clínica de la preeclampsia es inespecífica, pero se pueden presentar con cefalea, alteraciones visuales, epigastralgia, al complementar con exámenes auxiliares se pueden determinar los criterios de severidad y la clasificación es en base a ello, (27) en caso presento alteración visual (fotopsias), creatinina por encima de valores de normalidad, por lo cual se cataloga como preeclampsia con signos de severidad.

El manejo inicial se da con el esquema de sulfato de magnesio, en el caso fue el protocolo Zuspam, con monitoreo constante de signos de alarma e intoxicación, como también estimar el bienestar fetal. Teniendo en cuenta lo anterior se debe continuar con la culminación del embarazo independiente de la edad gestacional por la mejor vía, hay estudios que no muestran beneficios de conducta expectante frente al manejo usual, (28) en caso de la paciente la edad gestacional era de 37 semanas 1 día por FT, por lo cual de forma inicial se contemplaba la vía vaginal por los antecedentes quirúrgicos, pero la maduración resulto frustró por lo cual se procedió con la cesárea.

Caso clínico N°3

La Diabetes gestacional es aquella alteración metabólica que aparece durante el embarazo generalmente entre las semanas 24 y 28. Esta patología sugiere grandes complicaciones tanto como para la madre y el feto. Existen múltiples factores de riesgo que pueden conllevar a desarrollar este tipo de patología y tener grandes repercusiones en la salud de ambos. De esta manera, esta enfermedad se asocia al desarrollo de la diabetes del tipo 2.

Para el diagnóstico prima las manifestaciones clínicas y exámenes complementarios como la glucosa y algunas consideraciones en cuanto a esta, si el valor excede a 126 mg/dL en una toma en ayunas o es mayor a 200 mg/dL en una toma al azar durante el día. Como una medida preventiva y diagnóstico oportuno, se debe hacer un tamizaje universal a toda gestante en su primer control de embarazo para descartar diabetes pregestacional, este tamizaje de la glucosa para el diagnóstico de diabetes gestacional se realiza en las semanas 24 a 28.

El tratamiento de la diabetes gestacional involucra cambios en hábitos alimenticios, ejercicio y un correcto control glicémico; se ha logrado observar que alrededor de un 85% gestantes con diabetes gestacional pueden lograr su meta terapéutica con solo cambios en su estilo de vida.

Su manejo involucra un control de glucosa en rango de valores adecuados, la no presencia de cetonas en orina, una hemoglobina glicosilada menor al 7,2% y la no presencia de hipoglicemias severas. Su régimen calórico conlleva a un mínimo de calorías recomendado de 1800 Kcal / día, pero debe basarse en el peso real inicial del paciente, el tratamiento farmacológico debe ser considerado cuando la dieta y el ejercicio no logran la meta terapéutica, la dosis de la insulino terapia es de 0.5 UI/KG de peso /días repartidos en 4 dosis, también se puede usar antidiabéticos orales como la Glibenclamida que no atraviesa la barrera placentaria. (29)

En relación con el caso antes mencionado, la paciente fue hospitalizada por no tener un control de su glucosa hace aproximadamente 19 días posterior a su diagnóstico de diabetes gestacional. Es así que se le realiza su debido control de glucosa obteniendo un resultado en rangos aceptables. Su tratamiento se basó en una dieta hipoglúcida, no siendo necesario agregar algún tipo de tratamiento farmacológico.

Caso clínico N°4

La infección del tracto urinario (ITU), es considerada una de las enfermedades más comunes durante el embarazo, debido a las modificaciones anatómicas propias de esta etapa hacen a la gestante más susceptible a este tipo de complicaciones, las cuales pueden afectar la salud materna y el correcto

desarrollo gestacional. Según su etiología el *Escherichia coli* es el responsable del 75-90% de los casos. Tener un antecedente de ITU previa al embarazo es un principal factor de riesgo. Según su clasificación:

-La bacteriuria asintomática: Es aquella patología que pese a no presentar síntomas existe la presencia de bacterias en la orina. Para el tratamiento en gestantes es recomendable el uso de betalactámicos, nitrofurantoina. Asimismo, se recomienda que la duración del tratamiento sea de 3 – 7 días.
(30)

- La cistitis se desarrolla a partir de una bacteriuria asintomática previa, los gérmenes implicados son los mismos que de la BA, asimismo su cuadro clínico involucra: disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, etc.

-Pielonefritis aguda: Es una patología que afecta la vía excretora alta y el parénquima renal. Es más frecuente durante el segundo y tercer trimestre del embarazo. Su clínica además de ser similar a la cistitis se le agrega fiebre, alteración del estado general, sudoración, escalofríos y dolor lumbar. Su tratamiento involucra hospitalización y las medidas a tomar son las siguientes: realizar una correcta valoración obstétrica, exámenes auxiliares, control de funciones vitales, hidratación, terapia antibiótica de forma empírica, si el paciente permanece afebril entre las 48 – 72 horas se pueden cambiar a antibióticos vía oral y si la evolución continúa siendo favorable se puede valorar el alta hospitalaria y completar el tratamiento de forma ambulatoria durante 14 días.

En el caso presentado se diagnosticó la enfermedad por su cuadro clínico el cual fue: fiebre, disuria, tenesmo vesical agregado a su examen de orina patológico. Respecto a el tratamiento se administró Ceftriaxona 2 gr c/ 24 horas obteniendo una evolución favorable del cuadro permaneciendo 72 horas afebril, así logrando cambiar la terapia por vía oral, para posterior a ello continuar con su terapia de forma ambulatoria durante 14 días.

Rotación en Medicina Interna

Caso clínico N°1

La celulitis es la infección dérmica y del tejido celular subcutáneo de forma aguda, los factores de riesgo asociado son la interrupción de continuidad de la piel, onicomicosis, quemaduras, mordedura por animales u insectos, este último es el posible factor de riesgo del paciente ya que aparentemente fue picado por una araña siendo este la puerta de ingreso. (31)

La presentación clínica y al examen físico se puede apreciar en la lesión dolor, calor, enrojecimiento e hinchazón, por lo general se presentan de forma unilateral, (32) el paciente presentaba estas características en la región cérico lateral. Para realizar el diagnóstico se debe tener en cuenta las manifestaciones clínicas y los datos encontrados durante la evaluación, como también se solicitan exámenes auxiliares que inicialmente se correlaciona con cuadro inflamatorio.

Las medidas iniciales son reposo absoluto, adecuada limpieza de la región infectada, analgesia y antibioticoterapia sistémica dirigido a agentes bacterianos frecuentemente involucrados son *Streptococcus* spp y *Staphylococcus aureus*, la duración aproximada del tratamiento es de 2 semanas, (33) con relación al paciente se considera como una celulitis moderada no purulenta se administra ceftriaxona que luego se rota a oxacilina combinándola con clindamicina. (34)

Caso clínico N°2

La pancreatitis aguda es aquella patología que consiste en una inflamación brusca, rápida del páncreas en la cual su resolución puede ser en días o meses. Pero en algunos casos puede llegar a evolucionar llegando a necrosarse parte del páncreas. Con respecto a su etiología las más frecuentes son: cálculos biliares y el consumo de alcohol. Alrededor del 70 % de los casos de pancreatitis son causadas por colelitiasis. (35)

La clínica correspondiente a esta patología es dolor abdominal intenso, que puede extenderse a la espalda, náuseas, vómitos, fiebre, pulso rápido y adelgazamiento. Las escalas BISAP y APACHE II son aquellas que se utilizan para estimar gravedad e índice de mortalidad. (36) Su diagnóstico se basa en una correcta anamnesis, un buen examen físico, exámenes de laboratorio y pruebas de imagen. Las enzimas pancreáticas como la amilasa y lipasa

tienden a elevarse en una pancreatitis, solo en algunos casos no sufren esta elevación, pero es muy infrecuente. La ecografía o la resonancia magnética sirven de ayuda diagnóstica.

El tratamiento por lo general involucra hidratación por vía endovenosa, la suspensión de alimentos vía oral y tratamiento sintomático. En casos graves necesitara cuidados en la unidad de cuidados intensivos, añadiendo tratamiento antibiótico, nutrición enteral o parenteral. En ciertos casos se necesita cirugía para el manejo de complicaciones. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) puede ser necesaria para extraer cálculos atascados en el colédoco. (35)

En el caso antes mencionado la paciente presentaba las manifestaciones clínicas características de una pancreatitis, sus síntomas fueron: dolor a nivel de epigastrio irradiado a espalda, náuseas. Asimismo, la paciente contaba con un antecedente de haber sido diagnosticada hace un año de litiasis vesicular, siendo esta una de las causas más frecuentes de pancreatitis. Sus exámenes de laboratorio mostraron una elevación en las enzimas pancreáticas (amilasa y lipasa). Todo ello contribuyó al correcto diagnóstico de la pancreatitis, posterior a ello el gastroenterólogo solicita una colangiografía en el cual se descarta la sospecha de una coledocolitiasis.

En relación con el manejo brindado a la paciente fue la hidratación vía intravenosa, analgésicos y la suspensión de alimentos vía oral, la evolución de la paciente fue favorable que permitió incorporar la dieta de forma progresiva, tolerando así la vía oral permitiendo llevar el tratamiento de forma ambulatoria cumpliendo las condiciones para ser dada de alta.

Caso clínico N°3

La diabetes mellitus (DM) es una patología caracterizada por alteraciones metabólicas en la que involucra una elevación de la glucosa debido a una falla en la secreción de insulina. (37) se clasifica en diabetes mellitus tipo 1 es autoinmune, caracterizada por una falla en las células β ocasionando una falla en la producción de insulina, el tipo 2 caracterizada por una resistencia a la insulina muy asociada a la obesidad, sedentarismo, hipertensión entre otros.

(37) También se puede presentar durante la gestación siendo diagnosticado a partir de la semana 24.

Sus manifestaciones clínicas son: poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, fatiga, visión borrosa en base a ello se realiza el diagnóstico y complementar con pruebas auxiliares los criterios son glucemia en ayunas ≥ 126 , Prueba de tolerancia oral a la glucosa ≥ 200 , HbA1C $\geq 6,5$, glucemia al azar > 200 en un paciente con síntomas.

Las complicaciones metabólicas agudas de esta enfermedad son la cetoacidosis diabética (CAD) y el estado hiper hiperosmolar hiperglucémico (EHH). La CAD presenta hiperglicemia, deshidratación, cetosis y acidosis metabólica. Caracterizada por glucosa > 250 mg/dl, pH < 7.25 , bicarbonato < 15 mEq/L. Asimismo el EHH presenta criterios diagnósticos tales como: glucosa > 600 mg/dl, pH > 7.30 , bicarbonato > 18 mEq/L. (37)

El tratamiento se basa principalmente en: cambios en el estilo de vida, ejercicio, dieta, tratamiento farmacológico (insulina o metformina). La dosis total de insulina incluye las necesidades basales y prandiales, la cual es calculada de 0,3 a 0,5 UI/Kg/día. Frente a una complicación el pilar consiste básicamente en líquidos, insulina y en monitoreo de electrolitos. En el caso de nuestro paciente ella contaba con el diagnóstico de DM desde hace 34 años, en la cual no había un correcto control de la glucosa. Se le realiza un examen de glucosa: 539, el cual confirma el diagnóstico de DM descompensada. Su manejo inicialmente se le infunde solución salina 0,9%, se le administra 8 UI de insulina r, en el control se evidencia la glucosa: 449 mg/dL. Se decide hospitalizar a la paciente para manejo y monitores de glicemia, logrando así una evolución favorable cumpliendo con condiciones de alta médica el cual se le brinda y se le indica control por consultorio externo de Hospital general.

Caso clínico N° 4

Las crisis hipertensivas son consideradas como una complicación propia de la hipertensión, definiéndose como el incremento agudo de la presión arterial PAS ≥ 180 y PAD ≥ 120 , (38) teniendo la capacidad de generar daño a órganos blanco como el corazón, riñón, cerebro y retina. (39) Se ha clasificado como

urgencia y emergencia, el caso presentado corresponde a una urgencia hipertensiva ya que la paciente no presenta daño a de algún órgano diana.

La sintomatología presente en una crisis hipertensiva es inespecífica puede variar desde cefalea, náuseas, vómitos hasta síntomas y/o signo que evidencien el daño o simplemente no presentar ninguno, diversos estudios identifican como síntoma frecuente la cefalea, (40) (41) tal como es el caso de la paciente que presentaba como único síntoma. Si bien a veces los valores no son superiores a los parámetros establecidos, la clínica y el examen físico orientados a la detección de signos de alarma serán una herramienta para el diagnóstico oportuno, se puede complementar con exámenes auxiliares para la búsqueda de daño de órgano diana. (42)

El manejo inicial de las urgencias hipertensivas es el reposo en posición decúbito supino por un tiempo considerado, al aplicar esta medida se lograría disminución de PAS \geq 20 mm Hg y PAD \geq 10 mm Hg (43), debido a las intenciones de la mayoría de los servicios no es posible aplicar. En cuanto a los fármacos va a depender si estamos frente a un primer episodio o la hipertensión es preexistente, en relación con el caso presentado ya había antecedente con tratamiento discontinuo, en esa situación se debe de facilitar la adherencia al tratamiento y dosificar de forma correcta o se podría agregar un nuevo medicamento.

La elección del medicamento se realizará de forma individual, pero se recomiendan los de acción corta administrados de preferencia por vía oral, dentro de este grupo están los diuréticos de asa, antagonistas de canales de calcio, betabloqueantes y IECA, este último es el que se administró a la paciente buscando disminuir la presión arterial en un 20 o 25 %, al lograr valores de PAS \leq 160 mm Hg y/o PAD \leq 100 mm Hg el manejo podría ser ambulatorio, pero controles próximos. (39)

Rotación en Pediatría

Caso clínico N°1

La bronquiolitis es un proceso infeccioso de las vías respiratorias inferiores asociado a sibilancias y/o estertores presentados en pacientes menores de 2 años, (44) es uno de los motivos más comunes de hospitalizaciones en población pediátrica menores a un año, causado con frecuencia por agentes virales (el virus sincitial respiratorio), pero también hay otros virus implicados en esta patología como rinovirus, adenovirus y coronavirus, pero con menor incidencia. Algunos factores, comorbilidades y/o antecedente se asocian con el desarrollo de esta enfermedad. (45)

El cuadro clínico de la bronquiolitis es precedido inicialmente por sintomatología de vías respiratorias altas como es el caso del lactante, pero la tos persiste al punto de generar dificultad respiratoria, sibilancia y otros. (46) El diagnóstico se basa en la clínica, correlacionando con la que presenta el paciente y de acuerdo con la escala de severidad de bronquiolitis aguda cuenta con una puntuación de 6 siendo considerada como moderada. (47)(48)

Como parte del manejo inicial del paciente es la estabilización, en este caso se le brindo oxigenoterapia ya que lo requería, además al contar con criterios de hospitalización como saturación 92% disminución de la lactancia, dificultad respiratoria se queda en las instalaciones del hospital y en este periodo la terapéutica consiste en brindar oxigenoterapia y nebulizaciones con solución salina y monitoreo constante, de esta forma evitar complicaciones. Al revertir los criterios de ingreso y contar con funciones vitales dentro de parámetros normales será indicativo del proceder con el alta. (45)

Caso clínico N°2

La neumonía es la inflamación del parénquima pulmonar, con un grado de afectación variable. Sus agentes infecciosos son muy variables, pero sin dudar lo frecuente que representa alrededor del 70- 90% con de origen viral. Se menciona en cierta literatura que algunas características clínicas, de laboratorio o radiológicas pueden orientar hacia una etiología viral o bacteriana. (49)

Según la clínica de la neumonía de origen bacteriano tiene un comienzo repentino, dentro de los cuales se encuentran síntomas como: Tos productiva, dolor de pecho, vómitos o diarrea, disminución del apetito, fatiga, fiebre. (49)

Por lo general su tratamiento es ambulatorio, pero existen ciertos criterios de hospitalización tales como la edad menor de 3 meses, alto riesgo social del núcleo familiar, mala respuesta al tratamiento vía oral posterior a las 48 - 72 horas, el aspecto, signos neurológicos, la dificultad para alimentarse y/o hidratarse y recurrencia. El tratamiento ambulatorio debe estar conformada por: alimentación fraccionada, antipiréticos, el antimicrobiano específico. No existe un tratamiento específico para las neumonías virales, sino que requieren del manejo de la obstrucción bronquial y la insuficiencia respiratoria. (49)

Respecto al caso antes mencionado su cuadro clínico acompañado de signos síntomas, agregados al tiempo de enfermedad de 5 días, orientarían más a la neumonía viral, asimismo que el tratamiento sintomático que se le brindó dio un resultado positivo, logrando un destete progresivo de oxígeno, obteniendo una evolución favorable, con funciones vitales dentro de parámetros normales, ventilando espontáneamente sin soporte de oxígeno. Por lo que se decide alta médica, con indicaciones y control por consultorio externo en los próximos días.

Caso clínico N°3

La enfermedad diarreica aguda (EDA) es aquella que presenta más de 3 deposiciones sueltas o líquidas con un tiempo de enfermedad aproximadamente de 2 semanas, siendo de origen viral con mayor frecuencia. Últimos estudios aducen que el rotavirus es uno de los agentes etiológicos con mayor frecuencia en el EDA. Con respecto a bacterias causantes de EDA, son *Campylobacter*, *Escherichia coli*, *Salmonella* y *Rotavirus*, siendo este último agente etiológico relacionado en lactantes mayores a 6 meses. En niños mayores el *Escherichia coli* está más presente. (50) Con relación al caso clínico antes mencionado las deposiciones líquidas que presentaba el paciente fueron deposiciones aproximadamente con una repetición en 6 oportunidades, siendo estas heces líquidas con moco y sin sangre, es decir eran básicamente acuosas y no disintéricas. Al examen físico, su piel no mostraba signos moderados o severos de deshidratación, conforme a la literatura médica se siguió con la terapéutica planteada, en la cual se

manifiesta que en cuadros de leve deshidratación en niños menores de 5 años la rehidratación es por vía oral, tal como se realizó con el paciente, no se recomienda bebidas gasificadas o infusiones (soluciones hipoosmolares), ni bebidas deportivas o energizantes. (50)

En el caso clínico, se administró sales de rehidratación oral a tolerancia del paciente, terapéutica característica al plan B obteniendo una buena adherencia a la vía oral, asimismo de enseñar a los padres medidas sanitarias, tales como educar sobre un correcto lavado de manos y un correcto lavado y preparación de alimentos. Posterior a ello el paciente es dado de alta y se le indica control por consultorio externo de la especialidad correspondiente.

Caso clínico N°4

Faringoamigdalitis Aguda (FAA) es un proceso agudo febril en la cual presenta una inflamación de mucosas, las cuales pueden presentar eritema, edema, exudado, úlceras o vesículas. Esta patología es común en niños y adolescentes. Su etiología si bien es muy variable, la más frecuente es de origen viral. Dentro de las bacterias causantes se tiene como agente principal al: estreptococo betahemolítico del grupo A (EbhGA) o *Streptococcus pyogenes*. Este agente representa del 5 al 40% de todos los casos, su importancia radica en sus posibles complicaciones y un adecuado uso de antibióticos. (51)

Su clínica si bien no nos permite la diferenciación de manera más precisa entre el origen vírico o bacteriano. Existen ciertas manifestaciones clínicas que nos puedan brindar una mejor orientación. Dentro de los síntomas se encuentra la presencia de: La odinofagia, fiebre, cefalea, malestar general, dolor abdominal, náuseas y vómitos, adenopatías cervicales, diarrea, rinorrea. El curso de la enfermedad es de inicio brusco y generalmente acompañado de picos febriles. Diagnóstico es básicamente clínico. Sin embargo, existen otras pruebas microbiológicas, así como: la prueba rápida de antígeno pero que no son utilizadas con mucha frecuencia. Asimismo, una de las escalas más conocidas para la identificar una probable FAA por *streptococcus pyogenes* es la escala Centor modificada por McIsaac. Un puntaje >3 puntos

significan la realización de un estudio microbiológica e inicio de tratamiento antibiótico. (52)

El 1-2% de los casos de FAA por *Streptococcus pyogenes* pueden sufrir complicaciones al no ser correctamente tratadas ya sea por falta o un inadecuado tratamiento antibiótico. El tratamiento de FAA con origen bacteriano está justificado la terapia antibiótica el cual se indica Amoxicilina 50 mg/kg/día dividido en 2 dosis durante 10 días, de ser alérgico a las penicilinas se optaría por Azitromicina 10 mg/kg/día durante 5 días. (53) Asimismo, de darle un tratamiento sintomatológico con paracetamol.

En el caso antes mencionado su cuadro clínico acompañado de signos y síntomas características las cuales fueron: tos, fiebre, dolor en la garganta, adenopatía cervical, malestar general. Su puntaje realizando la escala Centor fue de 4 puntos el cual indica estudio microbiológica e inicio de tratamiento antibiótico, El tratamiento consistió en antibióticos por 10 días y analgésicos por 3 días y posteriormente condicional a la temperatura, además al alta se le indica al cuidador vigilar signos de alarma.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Antes se mencionó que en el internado médico se consolidan los conocimientos, así como se adquieren y/o fortalecen las relaciones interpersonales al desempeñar diferentes funciones cotidianas interactuando con compañeros y pacientes. A continuación, nos referiremos a nuestra experiencia en esta etapa.

En la rotación de cirugía general se tuvo completo desenvolvimiento ya que se redujo las limitaciones que se tenían por la pandemia, además en el hospital por el cual rotamos se nos permitió rotar por otras especialidades como traumatología, neurocirugía y anestesiología. En cada una pudimos pulir la realización de historias clínicas y examen físico como tal al tener contacto con el paciente, además de interpretar los exámenes auxiliares y participar de procedimientos como suturar, colocación de sondas, curación de quemaduras, drenaje de abscesos, curación de heridas postoperatoria. Conforme avanzaba la rotación la pericia para concluir en un diagnóstico certero era notable.

En la especialidad de ginecología y obstetricia se fortaleció los conceptos básicos como sucedió en la especialidad ya mencionada anteriormente, además se participa en atención de pacientes desde su ingreso, en el caso de gestantes durante su atención se puso en práctica maniobras como la de Leopold, uso adecuado de estudios por imagen u otros auxiliares, atención del trabajo de parto todo bajo la supervisión de un responsable y los cuidados durante el puerperio, también fuimos parte de campañas de planificación familiar. Al ser este un hospital docente, se tuvo sesiones académicas de repasos teóricos y presentación de casos clínicos que complementaban nuestra formación al correlacionar con los casos que se veían a diario.

Durante la rotación por la especialidad de medicina interna se ahondo en realizar las historias clínicas con mayor detalle al igual que el examen físico y al interpretar los exámenes auxiliares de forma conjunta con la clínica. Nos permitió aprender el manejo correcto de patologías más frecuente que se

presentaran a lo largo de la vida profesional.

En la especialidad de pediatría primo la adaptabilidad a parámetros propios del grupo etario aplicados durante la atención médica como también el manejo adecuado de patologías más frecuentes. Se tuvo la oportunidad de rotar por la especialidad de neonatología donde se obtuvo experiencia en la atención inmediata del recién nacido, reconocimiento de patologías propias de los primeros días de vida, también fuimos parte de charlas dirigida a madres sobre lactancia materna exclusiva. En ambas especialidades se desarrollaron sesiones académicas para afianzar el aprendizaje.

En esta etapa se conoció las patologías frecuentes que en su mayoría son prevenibles, entonces todo debería enfocarse hacia ello, así se evitaría saturar los establecimientos que en muchas ocasiones evidenciamos, ya que en estas situaciones hace falta recursos humanos y/o materiales como también se frenaría la cronicidad de las enfermedades, generalmente este es el panorama se observa en todos los hospitales de Perú no solo en los que las autoras realizaron su rotación.

Otro punto resaltante para las autoras fue el tema de la jerarquía y no en su mayoría, pero en algunos de los casos el incorrecto trato entre residentes mayores y menores, lo cual no debería llevarse a cabo ya que todos comparten un mismo ambiente laboral, en la cual bajo ningún punto de vista debe perderse el respeto y por lo contrario prevalecer el trabajo en equipo.

V. CONCLUSIONES

El trabajo desarrollado a lo largo del internado médico fue un paso fundamental de nuestra formación médica, considerado un equivalente a prácticas preprofesionales, nos permitió consolidar conocimientos previos, además de experiencias nuevas y únicas tanto académicas, personales y sociales.

Por lo tanto, esta etapa nos proporcionó acercamiento a las patologías más frecuentes que aquejan a cada grupo etario al estar involucradas en la atención de paciente desde su ingreso hasta el alta, visibilizando la realidad nacional y así tener herramientas y/o conceptos para desenvolvernos durante el servicio rural en un futuro.

La organización del internado aún continúa presentando ciertas falencias, en las cuales aún las autoridades deben mejorar, una de ellas se debe resaltar que por ningún motivo se debe perder el objetivo docente del mismo, aclarando que el interno está en un año de aprendizaje y practica continua, tal con el fin de lograr que en años futuros estas falencias de logren absolver para una correcta preparación y formación de profesionales de salud adecuadamente competentes.

Para finalizar las autoras llegan a la conclusión que los establecimientos de salud ya antes mencionados cumplen a cabalidad la correcta preparación de futuros médicos, cumpliendo ello con una experiencia medica real y de mucho aprendizaje e importante en nuestra formación como profesionales de la salud.

VI. RECOMENDACIONES

Brindar correctas capacitaciones a los nuevos internos previas al ingreso para así brindarles mejores herramientas antes del desarrollo de este.

Lograr una mayor duración por cada rotación de especialidades ya antes mencionadas, para un óptimo aprovechamiento de esta etapa.

Intervenir en la creación de protocolos de atención que nos permitan tener un mejor manejo dentro de la emergencia del hospital en beneficio de la atención del paciente.

Las actividades académicas en las sedes hospitalarias deben realizarse con regularidad y frecuencia ya que complementan el aprendizaje del interno.

Llevar a cabo una correcta charla informativa sobre las medidas de bioseguridad, equipos de protección personal para así evitar accidentes laborales o posibles contagios de enfermedades.

Enfatizar en la importancia de la prevención y educación a los pacientes en distintas enfermedades, para así contribuir a una mejora en la salud pública de nuestra población.

VII. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Baldeon OO. Experiencia del internado médico 2020-2021 del tercer al primer nivel de atención. Repositorio USMP [Internet]. 2022 [citado 4 de marzo de 2024]; Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/7897/Baldeon_oo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM). Internado Médico en el Primer Nivel de Atención [Internet]. Org.pe. 2021 [cited 2024 Mar 1]. Disponible en: <https://www.aspefam.org.pe/series/serie5.pdf>
3. Resolución Directoral N° 473-2023. Minsa [Internet]. [citado 5 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/4369475-473-2023-oggrh-minsa>
4. Reseña Histórica del Hospital de emergencias «José Casimiro Ulloa» [Internet]. [citado 5 de marzo de 2024] Disponible en: <https://www.hejcu.gob.pe/resena-historica>
5. Super User. Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa - Reseña Histórica [Internet]. Hejcu.gob.pe. 2024 [cited 2024 Mar 22]. Disponible en: <https://www.hejcu.gob.pe/resena-historica>
6. Memoria anual [Internet]. Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa - Minsa; 2018. [citado 5 de marzo de 2024] Disponible en: <https://hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1501/Transparencia.PD>
7. Análisis de Situación de Salud en el Hospital Nacional Docente Madre Niño «San Bartolomé» [Internet]. 2020 p. 107. Resolución Directoral N°: 110. [citado 5 de marzo de 2024] Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4806725/R.D.%20N%C2%B0%20110-2023-DG%20-%20TOMO%201.pdf>
8. Moris D, Paulson EK, Pappas TN (2021) Diagnosis and management of acute appendicitis in adults. JAMA 326(22):2299. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.20502>

9. Casado PR, Santo RS, Martínez DR, et al. Evaluación de la escala de Alvarado como herramienta diagnóstica en la apendicitis aguda. *Rev. Cubana Cir [Internet]*. 2020 jun [citado 2024 Abr 01]; 59(2): e892. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474932020000200002&lng=es.
10. Jaschinski T, Mosch CG, Eikermann M, Neugebauer EA, Sauerland S. Laparoscopic versus open surgery for suspected appendicitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;11:CD001546. doi: 10.1002/14651858.CD001546.pub4
11. Bratzler DW, Dellinger EP, Olsen KM, et al; Sociedad Estadounidense de Farmacéuticos del Sistema de Salud (ASHP); Sociedad Estadounidense de Enfermedades Infecciosas (IDSA); Sociedad de Infecciones Quirúrgicas (SIS); Sociedad de Epidemiología Sanitaria de América (SHEA). Guías de práctica clínica para la profilaxis antimicrobiana en cirugía. *Infección quirúrgica (Larchmt)*. 2013; 14(1):73-156. doi:10.1089/sur.2013.9999
12. Bennion RS, Baron EJ, Thompson JE Jr, et al. The bacteriology of gangrenous and perforated appendicitis—revisited. *Ann Surg*. 1990;211(2):165-171. doi:10.1097/00000658-199002000-00008
13. Di Saverio S, Birindelli A, Kelly MD, et al. WSES Jerusalem guidelines for diagnosis and treatment of acute appendicitis. *World J Emerg Surg*. 2016;11: 34. doi:10.1186/s13017-016-0090-5
14. Ministerio de Salud. Guía para el abordaje del paciente quemado agudo. [Internet]. 2019. [citado 8 de marzo de 2024]. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/3311496-guia-para-el-abordaje-del-paciente-quemado-agudo-guia-parapersonal-de-salud>
15. González, L. Las quemaduras y su tratamiento. Elsevier [internet]. 22(9), 62–68. [citado 20 de marzo de 2024] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revistaoffarm-4-articulo-las-quemaduras-su-tratamiento-13053120>
16. Escartín Alfredo, González Marta, Muriel Pablo, Cuello Elena, Pinillos Ana, Santamaría Maite et al. Colecistitis aguda litiásica: aplicación de las Guías

- de Tokio en los criterios de gravedad. *Cir. cir.* [revista en la Internet]. 2021 Feb [citado 2024 Mar 29]; 89(1): 12-21. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2021000100012&lng=es. Epub 08-Nov2021. <https://doi.org/10.24875/ciru.19001616>
17. Litiasis aguda de colecistitis: aplicación de las Guías de Tokio en la clasificación de gravedad. | *Cir Cir*;89(1): 12-21, 2021. | MEDLINE [Internet]. [citado 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl33498065>
 18. Freundt V, Guillermo M. Colecistectomía laparoscópica, abordaje con tres incisiones y una cicatriz visible. *Acta Médica Peruana*. octubre de 2012; 29 (4): 190-3.
 19. Gallaher JR, Charles A. Repaso de la colecistitis aguda (Acute colecistitis: a review). *JAMA*. 2022;327(10): 965-975. doi:10.1001/jama.2022.2350
 20. Hernia inguinal - Trastornos gastrointestinales [Internet]. Manual MSD versión para público general. [citado 18 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/trastornosgastrointestinales/urgencias-gastrointestinales/hernia-inguinal>
 21. Committee on Practice Bulletins- Obstetrics. Practice bulletin no. 183: postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol* 2017; 130(4): e168-e186.
 22. Bienstock JL, Eke AC, Hueppchen NA. Postpartum Hemorrhage. *N Engl J Med*. 2021 Apr 29;384(17):1635-1645. doi: 10.1056/NEJMra1513247.
 23. Cho HY, Na S, Kim MD, et al. Implementation of a multidisciplinary clinical pathway for the management of postpartum hemorrhage: a retrospective study. *Int J Qual Health Care* 2015; 27: 459-65.
 24. Gallos ID, Papadopoulou A, Man R, et al. Agentes uterotónicos para la prevención de la hemorragia posparto: un metaanálisis. *Sistema de base de datos Cochrane Rev* 2018;12:CD011689.
 25. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de los trastornos hipertensivos del embarazo: preeclampsia [Internet]. Hospital Cayetano Heredia 2019 [cited 2024 Apr 7]. Disponible en: https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2023/RD/RD_427-2022-HCH-DG.pdf

26. Ramos JGL, Sass N, Costa SHM. Preeclampsia. Rev Bras Ginecol Obstet. 2017 Sep;39(9):496-512. doi: 10.1055/s-0037-1604471.
27. Gestational hypertension and preeclampsia. ACOG Practice Bulletin N° 202. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2020;133: e1-25
28. Vigil-De Gracia P, Reyes Tejada O, Calle Miñaca A, Tellez G, Chon VY, Herrarte E, Villar A, Ludmir J. Expectant management of severe preeclampsia remote from term: the MEXPRES Latin Study, a randomized, multicenter clinical trial. Am J Obstet Gynecol. 2013 nov;209(5): 425.e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2013.08.016. Epub 2013 Aug 14. PMID: 23954534.
29. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Grupo Español de Diabetes y Embarazo. Diabetes mellitus y embarazo. Guía de práctica clínica actualizada 2021. Prog Obstet Ginecol 2022; 65:35-41.
30. Cobas L., Navarro Y. Gestantes con infección urinaria pertenecientes a un área de salud del municipio Guanabacoa, La Habana. Rev. Med. Electrónica. [Internet]. 2021 feb [citado 2024 Mar 23]; 43(1): 2748-2758. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242021000102748&lng=es.
31. Sullivan T, de Barra E. Diagnosis and management of cellulitis. Clin Med (Lond). 2018 Mar;18(2):160-163. doi: 10.7861/clinmedicine.18-2-160.
32. Raff AB, Kroshinsky D. Cellulitis: A Review. JAMA. 2016 jul 19;316(3):325-37. doi: 10.1001/jama.2016.8825.
33. Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, Mandell GL. *Principios y práctica de enfermedades infecciosas de Mandell, Douglas y Bennett*. 7mo. Filadelfia: Churchill Livingstone/Elsevier; 2010.
34. Organización Panamericana de la Salud. Tratamiento de las enfermedades infecciosas 2020-2022. Octava edición. Washington, D.C.: OPS; 2019.
35. Sanz de Villalobos E, Larrubia Marfil JM. Pancreatitis aguda. Revista Española de Enfermedades Digestivas. septiembre de 2010;102(9):560-560.
36. García-Revilla OV, Correa-López LE, Rubio-Ramos RI, Loo-Valverde M, García-Revilla OV, Correa-López LE, et al. Comparación de las escalas APACHE II Y BISAP en el pronóstico de pancreatitis aguda en un hospital

- del Perú. Revista de la Facultad de Medicina Humana. octubre de 2020;20(4):574-80.
37. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica de diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus no insulino dependiente (tipo 2) con cetoacidosis, estado hiperglucémico hiperosmolar y estado mixto [Internet]. [citado 10 de marzo de 2024] Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4453658/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica.pdf?v=1681926446>
 38. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension*. 2003; 42:1206–52
 39. Arbe G, Pastor I, Franco J. Diagnostic and therapeutic approach to the hypertensive crisis. *Med Clin (Barc)*. 2018 Apr 23;150(8):317-322. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2017.09.027.
 40. Pierin AMG, Flório CF, Santos JD. Hypertensive crisis: clinical characteristics of patients with hypertensive urgency, emergency and pseudocrisis at a public emergency department. *Einstein (Sao Paulo)*. 2019 Aug 29;17(4): eAO4685. doi: 10.31744/einstein_journal/2019AO4685.
 41. Andrade DO, Santos SP, Pinhel MA, Valente FM, Giannini MC, Gregório ML, et al. Efectos de la elevación aguda de la presión arterial sobre los parámetros bioquímicos-metabólicos en individuos con crisis hipertensiva. *Clin Exp Hipertensión*. 2017; 39 (6): 553–561.
 42. Davis AB, Hughes K, Pun J, Goldstein S. Hypertensive emergencies: guidelines and best-practice recommendations. *Emerg Med Pract*. 2023 Jun 1;25(6):1-28.
 43. Park SK, Lee DY, Kim WJ, Lee SY, Park HS, Kim HW, et al. Comparing the clinical efficacy of resting and antihypertensive medication in patients of hypertensive urgency: A randomized, control trial. *J Hypertens*. 2017; 35:1474–80
 44. Ricci V, Delgado Nunes V, Murphy MS, Cunningha, Guideline Development Group and Technical Team. Bronchiolitis in children: summary of NICE guidance. *BMJ* 2015; 2 350:h2305

45. “Guía de Practica Clinica para diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis en niños menores de dos años”. MINSA [Internet]. [citado 24 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4930.pdf>
46. Fernández J, Calzón N. Diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis aguda en Urgencias [Internet]. [citado 5 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/05_bronquiolitis.pdf
47. Ramos-Fernández J, Pinero-Domínguez P, Abollo-López P, Moreno-Pérez D, CordonMartinez A, Milano-Manso G, Urda-Cardona A. Estudio de validez de una escala de gravedad de la bronquiolitis aguda para orientar el ingreso en UCIP. AnPediatr (Barc)2017; S1695-4033(17)30398-3
48. J.M. Ramos Fernández, A. Cordón Martínez, R. Galindo Zavala, A. Urda Cardona. Validación de una escala clínica de severidad de la bronquiolitis aguda. Anales de Pediatría [Internet]. 2014 Jul 1 [cited 2024 Apr 1];81(1):3–8. Available from: <https://www.analesdepediatria.org/es-validacion-una-escala-clinica-severidad-articulo-S169540331300338X#:~:text=Se%20estratifica%20en%203%20niveles,g rave%20de%2010%20a%2013.>
49. Organización Mundial de la Salud. Neumonía infantil [Internet]. 2022. [citado 25 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>
50. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años - Versión extensa [Internet]. Lima-Perú: Instituto Nacional de Salud; 2017. Capítulo 3, Desarrollo de las preguntas y recomendaciones basadas en la evidencia [citado el 31 de marzo del 2024]; p.19-76. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4221.pdf>
51. Pérez, L., Álvarez, J., Pérez, R. Faringoamigdalitis aguda y sus complicaciones. Sociedad Español de Infectología Pediátrica. Protoc diagn ter pediatr. 2023; 2: 51 – 79
52. Gea FP, Fitoria VLL, Bermúdez H, Castillo JJ. Criterios de Centor modificados por Maclsaac y su eficacia diagnóstica y terapéutica en faringoamigdalitis aguda en niños, Revisión sistemática. Revista Torreón Universitario [Internet]. 2022 [citado 24 de marzo de 2024];11(31).

Disponible

en:

<http://portal.amelica.org/ameli/journal/387/3873100006/html/>

53. Instituto Nacional de Salud del Niño. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Infecciones Agudas de las Vías Respiratorias Superiores. Unidad de Atención Integral Especializada. 2019. MINSA.