



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL PNP LUIS N SÁENZ**

2022-2023

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

BLANCA LUCÍA SALAZAR BALDEÓN

SOFÍA SALAZAR BALDEÓN

ASESOR

JOSÉ ROMERO SANCHEZ

LIMA- PERÚ

2023



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL PNP LUIS N SÁENZ
2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
BLANCA LUCÍA SALAZAR BALDEÓN
SOFÍA SALAZAR BALDEÓN**

**ASESOR
DR. JOSÉ ROMERO SANCHEZ**

LIMA, PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

A nuestros padres, Felipe y María, por todo el apoyo y consejos que nos brindaron durante estos años de carrera, dándonos el ejemplo de superación, humildad y sacrificio; enseñándonos a valorar todo lo que tenemos

AGRADECIMIENTO

A los doctores del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz por las enseñanzas y experiencias brindadas durante el internado médico.

INDICE

PORTADA	I
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
INDICE	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VII
INTRODUCCION	X
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	35
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	37
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	53
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	55
FUENTES DE INFORMACIÓN	56

RESUMEN

El presente trabajo describe los conocimientos adquiridos en el internado médico Mayo – Febrero de 2022-2023 a finales del estado de emergencia de COVID 19, durante este periodo de aproximadamente 10 meses, realizado en Hospital Nacional P.N.P Luis N. Sáenz, fue necesario entender cómo se realiza la formación en salud, entendiéndose que no puede ser conceptualizado y aplicado sólo en términos cognitivos, sino que se deben realizar también los procedimientos y actitudes; ya que la formación médica debe tener como finalidad un desarrollo completo y armónico, que incentive la promoción y adquisición del pensamiento analítico crítico y se capacite para emitir opiniones propias o adoptar decisiones de manera independiente.

El internado médico en la actualidad es considerado como la parte fundamental en el desarrollo del futuro médico, esto implica alcanzar perfeccionamiento logrando alcanzar habilidades y destrezas en el ámbito clínico, quirúrgico, para muchos representa la aplicación de los conocimientos adquiridos durante los seis años de carrera, esta experiencia conlleva a la aplicación de protocolos, guías clínicas, guías quirúrgicas, para poder aplicarlas en el diagnóstico, terapéutica, y restauración de la salud de cada paciente.

Las rotaciones realizadas en Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría nos sirvió para adquirir habilidades, destrezas, conocimientos y aptitudes para la atención del paciente afianzando estrategias y tácticas para la elaboración de su propio conocimiento.

Objetivo: Identificar sede hospitalaria donde se realizó el internado médico, junto a su infraestructura, capacidad resolutive, y logística.

Metodología: Análisis de información registrada en historias clínicas, hallándose el contenido de múltiples patologías, así como exámenes auxiliares y de ayuda diagnóstica para la fundamentación de los diagnósticos establecidos para la pronta mejoría de los pacientes.

Conclusiones: El internado de pregrado es considerado una experiencia práctica indispensable para que los futuros médicos apliquen, integren ,consoliden y analizen los conocimientos previamente adquiridos durante los años previos a la formación médica , es destacable que desde su evolución histórica, esta ha permitido el despliegue de las competencias básicas con la finalidad de ejercer la práctica clínica y en los últimos años se ha prestado mayor atención al reconocimiento de los problemas de salud y que aun con el avance de la ciencia nos compete seguir adquiriendo conocimiento científico.

Palabras claves: Internado, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría.

ABSTRACT

The present work describes the knowledge acquired in the medical internship May - February 2022-2023 at the end of the state of emergency of COVID 19, during this period of approximately 10 months, carried out at the Hospital Nacional P.N.P Luis N. Sáenz, it was necessary to understand how health training is carried out, understanding that it cannot be conceptualized and applied only in cognitive terms, but that procedures and attitudes must also be carried out; since medical training must have as its purpose a complete and harmonious development, which encourages the promotion and acquisition of critical analytical thinking and enables students to issue their own opinions or make decisions independently.

The medical internship is currently considered as the fundamental part in the development of the future doctor, this implies achieving improvement, achieving skills and abilities in the clinical, surgical field, for many it represents the application of the knowledge acquired during the six years of the career , this experience led to the application of protocols, clinical guides, surgical guides, to be able to apply them in the diagnosis, therapy, and restoration of the health of each patient.

The rotations carried out in General Surgery, Gynecology and Obstetrics, Internal Medicine, and Pediatrics where it was possible to acquire skills, abilities, knowledge, and aptitudes for patient care, strengthening their strategies and tactics for the development of their own knowledge.

Objective: To identify the hospital site where the medical internship was carried out, together with its infrastructure, resolution capacity, and logistics.

Methodology: Analysis of information registered in clinical histories, finding the content of multiple pathologies, as well as auxiliary tests and diagnostic aid for the foundation of the diagnoses established for the prompt improvement of the patients.

Conclusions: The undergraduate internship is considered an essential practical experience for future doctors to apply, integrate, consolidate and analyze the knowledge previously acquired during the years prior to medical training, it is noteworthy that since its historical evolution, this has allowed the deployment of basic competencies in order to exercise clinical practice and in recent years more attention has been paid to the recognition of health problems and that even with the advancement of science it is up to us to continue acquiring scientific knowledge.

Keywords: Internship, General Surgery, Gynecology and Obstetrics, Internal Medicine, and Pediatrics.

NOMBRE DEL TRABAJO

**DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL NACIONAL PNP LUIS N
SÁENZ 2022-2023**

AUTOR

BLANCA LUCÍA SALAZAR BALDEÓN

RECuento DE PALABRAS

17738 Words

RECuento DE CARACTERES

99885 Characters

RECuento DE PÁGINAS

70 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

113.5KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 17, 2023 7:03 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 17, 2023 7:07 PM GMT-5

● **16% de similitud general**

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

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 6% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossr

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



DR. ROMERO SANCHEZ JOSÉ

ASESOR

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-8697-8651>

INTRODUCCION

El Internado médico es considerado como un periodo obligatorio e indispensable que se lleva a cabo el último año de estudios de la carrera de medicina humana, este se desarrolla de manera integral bajo la supervisión de docentes en cada rotación la cual fue llevada desde los meses de Mayo 2022 a Febrero 2023.

Los principales acontecimientos durante este periodo fueron: sentimiento de satisfacción de haber alcanzado una vacante en este nosocomio: Hospital Nacional P.N.P Luis N. Sáenz; durante esta etapa sucedieron acontecimientos como el temor de no estar lo suficientemente entrenado o preparado para poder enfrentar situaciones clínicas ante múltiples posibilidades de patologías; además de encontrar un ambiente de formación de buena calidad, llevando a cabo con la asesoría de docentes que estaban a cargo de los pacientes estableciendo una relación de mayor responsabilidad. Al inicio de esta etapa se pudo establecer buena recepción médico-paciente, con una alta carga de trabajo y con pocas o escasa posibilidades de estudiar y dedicar tiempo a la vida en familia.

Esta es una etapa valiosa en la formación de los estudiantes que debe ser analizada para convertirla en una mejor experiencia de vida para los internos. Otra de las grandes adversidades representaba el vínculo con los pacientes siendo esta una relación de mucha mayor responsabilidad. Este acontecimiento generaba sentimientos encontrados, por un lado, el temor a no poder tomar decisiones debido a esa gran responsabilidad con los enfermos y, por otro, la oportunidad de establecer una relación médico paciente más estrecha y significativa.

Con relación a las condiciones y metodología para el aprendizaje se tuvo que poner en práctica los conocimientos adquiridos durante la carrera, estas expectativas se inclinaban a pensar que el internado sería una etapa de gran desarrollo por las posibilidades que ofrece el hospital de encontrar médicos de mucha experiencia y de prestigio de los cuales se pueden adquirir

aprendizajes significativos.

El hospital se presentó ante nosotros como el espacio ideal para avanzar en nuestra formación, siendo este hospital el sitio en donde encontrarán las condiciones para nuestra superación contando en múltiples veces el apoyo de los verdaderos médicos con la experiencia y sabiduría que a nosotros nos faltaba y que poco a poco se fue mejorando.

El hospital se aprecia, además, como el sitio en el que la atención médica alcanza su mejor nivel y en donde se resuelven los problemas de salud de la población y en donde se pueden encontrar los casos “realmente impresionantes” que no se hallan en otros espacios, cuestión que es particularmente valorada por los internos, buscan en el hospital las herramientas para el desarrollo posterior de su profesión, deseablemente dentro de esa misma institución. Por otro lado, en este hospital es también el espacio en que se marcan y se respeta claramente las jerarquías del gremio médico, el interno a cargo de los residentes y éstos se encuentran a cargo de asistentes médicos; quienes a su vez deben rendir cuentas a las autoridades de la institución como responsables últimos de los servicios. Esta estructura coloca a los internos en una situación de sometimiento a las órdenes del resto del personal médico. Esta circunstancia generó en nosotros una tensión adicional y el temor al castigo y la reprimenda, cuestión que no ayuda al buen desempeño de sus funciones y que les obliga a realizar procedimientos.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico se desarrolla en establecimientos de salud, siendo en este caso el Hospital PNP L.N.S; siendo fundamental para el el desarrollo de capacidad intelectual, resolutive, analítica y crítica, siendo a la vez importante en la formación de todo estudiante del último año de medicina, el interno abordara y experimentará situaciones donde tendrá que aplicar los conocimientos destacados durante sus años previos de aprendizaje , el mismo que será guiado y supervisado por los médicos asistentes, médicos residentes de este hospital. Durante este periodo , se adquirirán conocimiento científico y competencias necesarias para intervenir de manera satisfactoria en los padecimientos de los pacientes que se encuentran hospitalizados en los diferentes servicios y especialidades medicas del hospital , así mismo se aplicaran el uso de guia clinica de manejo de atención presente en cada servicio y el funcionamiento conjunto con los servicios administrativos y de mantenimiento hospitalario interno.

Durante este periodo el interno de medicina tendrá la capacidad de identificar, tratar y de dar solución a las principales patologías que padece el personal que se atiende en este hospital , además estará entrenado frente a cualquier adversidad o complicación que se presente durante la historia natural de la enfermedad.

Se adquiere conocimiento por cada uno de los distintos servicios en los que se roto, siendo de vital importancia entre ellos se inició con la especialidad de Ginecología y Obstetricia, donde existe el vínculo del binomio madre-feto, asi como multiples patologias oncoginecologicas siendo importante destacar que es una especialidad que atiende a pacientes de sexo femenino en todos sus etapas de desarrollo , posteriormente la rotación de Medicina Interna; siendo la rotación en la que el mayor porcentaje de pacientes pertenece a la tercera edad, considerando que muchos de estos pacientes cuentan con múltiples patologías de fondo; así también se rota a la especialidad de Pediatría, en la que se identifica múltiples patologías congénitas , siendo muchas de ellas

abordadas clínica y quirúrgicamente en las salas de hospitalización de este hospital.

La última rotación fue llevada a cabo en la especialidad de Cirugía General, donde se adquiere conocimientos quirúrgicos y de primera elección donde se adquiere conocimientos quirúrgicos y de primera elección dentro de la emergencia.

Cabe mencionar que este hospital se dedica a formar médicos que se caracterizan por ser integrales con formación científica, humanística y de la más alta calidad la cual ejercen sólidos principios éticos y morales .

1.1 Rotación en Pediatría y Neonatología

Caso clínico 1

Edad: 4 años 1 mes, sexo femenino, procedencia: Comas

TE: 2 días, inicio: insidioso, curso: progresivo, motivo principal: fiebre, vómito, diarrea, dolor abdominal.

Paciente acude con madre a emergencia por presentar desde hace 2 días sensación de alza térmica por lo que le administra ibuprofeno con lo que sintomatología mejorò. Durante la noche del mismo día, paciente presentò un pico febril de 39.5 grados centígrados por lo que acuden a clínica particular donde le administran repriman, le informan a la madre que menor presenta rinofaringitis y tras control de temperatura, se dio de alta con medicación de paracetamol y prednisona.

Un día antes del ingreso paciente inicia con deposiciones líquidas en 10 oportunidades con moco y sangre; además vómitos en 4 oportunidades de contenido alimentario, fiebre en una oportunidad de 38.6 grados centígrados y dolor abdominal tipo cólico de forma difusa.

Funciones biológicas: Apetito disminuido, sed incrementado, sueño conservado, orina conservada, deposiciones aumento en frecuencia y consistencia, peso conservado.

Antecedentes:

1. Controles prenatales: 7 controles

2. Natales: parto por cesárea, peso al nacer 4 kg, llanto al nacer y alta conjunta.
3. Postnatales: hospitalización por sepsis neonatal, niega cirugías, niega RAMS, vacunas completas para la edad.
4. Patológicos: Enfermedad de Palister Killian (2021)
5. Epidemiológicas: niega viajes actualmente, cría perros y gatos, vivienda de material noble, 4 personas 3 habitaciones.
6. Familiares:
 - Madre de 29 años aparentemente sana
 - Padre de 35 años aparentemente sano

Examen físico: FC: 110 por min, FR: 22 por min, T: 38.5, SatO2: 97%

Peso: 12 kg Talla: 94 cm

Paciente despierta, reactiva a estímulos, AREG, AREN, AREH

piel: Tibia, poco hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, signo del pliegue negativo, no cianosis, palidez +/-+++; en tórax y pulmones murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados, no tirajes; aparato cardiovascular ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos. abdomen plano, no distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos, blando, depresible, leve dolor a la palpación profunda en mesogastrio; genitales femeninos adecuados; SNC despierta, reactiva a estímulos, colabora al momento del examen físico, no focalización.

Exámenes auxiliares:

- Hb: 13.2 g/dl, Leucocitos: 13000, Plaquetas: 175000 Segmentados: 80%, Abastoados: 3%
- PCR: 3 mg/dl
- Examen de orina: Leucocitos 4 por campo, nitritos negativo
- Reacción inflamatoria en heces: leucocitos 80 por campo, hematies 5 a 10

Presunción diagnóstica:

- Síndrome febril
- Gastroenteritis aguda infecciosa
- Deshidratación moderada

Manejo:

- NPO
- NaCl 0.9% 1000cc 120cc EV STAT, Dextrosa 5% 1000cc, NaCl 20% 20cc, Kcl 20% 10 cc (XVIII Gotas)
- Metamizol 1g/2ml, 0.6 cc EV STAT
- Ondansetron 8mg/4ml, 0.9 cc EV STAT
- Hospitalización

Evolución:

Paciente hospitalizada 5 días, evolucionando favorablemente, fiebre cede al segundo día, se le agregó al tratamiento ceftriaxona EV, los exámenes de laboratorio se normalizaron, posterior es dada de alta.

Caso Clínico 2

Edad: 12 años 3 mes, sexo femenino, procedencia: Huancayo, TE: 3 días, inicio: insidioso, curso: progresivo, motivo principal: fiebre, disuria, polaquiuria, hematuria.

Madre de paciente refiere que 3 días antes del ingreso presenta irritabilidad asociado a polaquiuria, disuria, además en 3 oportunidades hematuria y un pico febril cuantificado en 38.5 grados centígrados por lo que le administra paracetamol, posterior acude por emergencia del hospital de Huancayo donde le realizan examen de orina, urocultivo y dan de alta a paciente con medicación de amoxicilina con ácido clavulánico e ibuprofeno; persistiendo los síntomas madre decide llevarla a Lima. Un día antes del ingreso madre de menor refiere que persiste la hematuria pero en poca cantidad además de que presentó dos picos febriles cuantificados en 38.7 grados centígrados, durante dicho día acuden donde un familiar médico y tras evaluarla le solicita una ecografía renal y de vías urinarias, donde evidencia litiasis vesical por lo que deciden acudir por emergencia del Hospital Nacional LNS PNP, tras evaluación y revisión de exámenes auxiliares decide hospitalización.

Funciones biológicas: Apetito conservado, sed conservado, sueño conservado, orina aumento de frecuencia, deposiciones conservadas, peso conservado.

Antecedentes:

1. Controles prenatales: 6 controles

2. Natales: parto eutócico, peso al nacer 3.400 kg, llanto al nacer y alta conjunta.
3. Postnatales: hospitalizaciones por infección tracto urinario a los 8 meses y en el 2019, niega cirugías, niega RAMS, vacunas completas para la edad.
4. Epidemiológicas: niega viajes actualmente, cría un gato, vivienda de material noble, 3 personas 4 habitaciones.
5. Familiares:
 - Madre de 43 años aparentemente sana
 - Padre de 52 años aparentemente sano

Examen físico: FC: 116 por min, FR: 21 por min, T: 37.8, SatO2: 98 %

Peso: 31 kg Talla: 140 cm

Paciente despierta, reactiva a estímulos, AREG, AREN, AREH

Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis, no palidez; en tórax y pulmones murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados, no tirajes; aparato cardiovascular ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos. abdomen no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no dolor a la palpación superficial ni profunda; genitourinario puño percusión lumbar negativo, genitales femeninos adecuados; SNC despierta, reactiva a estímulos, colabora al momento del examen físico, glasgow 15/15, no focalización.

Exámenes auxiliares:

- Hb: 14 g/dl, Leucocitos: 12500, Plaquetas: 180000 PCR: 4.5 mg/dl
- Examen de orina: Leucocitos 2000 por campo, nitritos positivo, hematíes 10 por campo.
- Urocultivo positivo

Presunción diagnóstica:

- Infección de tracto urinario recurrente
- Litiasis renovesical

Manejo

- Vía salinizada
- Ceftriaxona 1 g, 12 ml c/ 12 h diluido en 10 ml de Nacl 0.9 % EV

- Paracetamol 500 mg, 1 tableta condicional a dolor V.O
- Hospitalización

Evolución

La paciente con evolución favorable, la estadía hospitalaria fue de 7 días, se normalizó los exámenes de laboratorio, al séptimo día paciente reúne criterios de alta.

Caso clínico 3

RN pretermino, sexo masculino, TE: 39 horas, inicio: insidioso, curso: progresivo, motivo principal: disnea

Paciente RN pretérmino producto de cesárea por preeclampsia severa, presentación cefálica, líquido amniótico claro fluido con circular simple de cordón, nace sin llanto, pálido, frecuencia cardiaca menor de 100 por minuto y disnea.

Antecedentes:

- Antecedentes maternos: edad 46 años, grupo sanguíneo A +, hábitos nocivos fumadora.
- Antecedente de gestación: preeclampsia
- Antecedentes de parto: cesárea urgente por preeclampsia, situación y presentación cefálica, aspecto de líquido amniótico claro, cantidad de líquido amniótico normal.
- Antecedentes natal: Peso nacer 2.740 kg, talla 47 cm, perímetro cefálico 33 cm, perímetro torácico 31.5 cm, no lloró al nacer.

APGAR: al minuto 4-7, a los 5 minutos 8

Maniobra de reanimación: Ventilación a presión positiva, recuperación rápida.

Examen físico: FC: 146 por minuto, FR: 55 por minuto, SatO₂: 95% T: 36.2

Peso: 2740 g, talla: 47 cm

Paciente en incubadora con vía periférica permeable; color icterico, piel TCSC tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor de 3 segundos, tinte icterico hasta abdomen; Cabeza normal, Fontanela normotensa; Ojos normales; Boca normal, Mucosas normales; Clavículas íntegras, Cuello normal; Tórax normal, Aparato respiratorio frecuencia respiratoria 55 por minuto, Silverman Anderson 1 punto, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax,

respiración irregular; Aparato cardiovascular ritmo cardiaco normal, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, Pulsos perifericos presentes; Abdomen globuloso, ruidos hidroaereos presentes, blando, depresible, no impresiona dolor, Ombligo normal; Genitourinario normales, Ano normal; Locomotor: Ext. superior normal, Ext inferior normal, Ortolani negativo, Columna normal; Sistema nervioso: dormido, reactivo, tono normal, Llanto fuerte, reflejo moro normal, reflejo de succión vivo, reflejo de búsqueda vivo, reflejo de marcha presente, reflejo p. palmar vivo, reflejo p. plantar vivo.

Exámenes auxiliares:

Hb: 17.3 g/dl, Leucocitos: 14000, Plaquetas: 268000, Grupo factor O+, Glucosa: 59, TGO: 52, TGP: 8, CPK: 114, PCR: menor 0.4 mg/dl

Bilirrubina total: 12.1 mg/dl, Bilirrubina directa: 1.1 mg/dl, bilirrubina indirecta: 11 mg/dl

Impresión diagnóstica:

1. RNPT masculino de 35 ss AEG
2. Parto distócico por preeclampsia
3. Policitemia neonatal
4. Ictericia neonatal
5. Sepsis neonatal

Manejo hospitalario:

1. NPO
2. CFV + BHE + OSA
3. dextrosa 10% 98 cc, ClNa 20% 1.2 cc, ClK 14.9% 0.8 cc =13.7 cc/hr
4. Incubadora a 33 grados
5. O2 húmedo suficiente y necesario para mantener SatO2 mayor igual a 92% y/o menor distrés respiratorio
6. Meropenem 1gr/10ml, 1ml EV c/8 h
7. Vancomicina 500 mg/5 ml, 0.8 ml EV C/12 h
8. Gluconato de calcio 10%, 2.7ml + AD 2.7 ml EV C/8 h (Suspender si FC menor igual 100 por minuto)
9. Omeprazol 40 mg/10ml, 0.5 ml EV C/24 h

Evolución:

Paciente RNPT hospitalizado por 7 días, durante su estadía estuvo en fototerapia, disminuyendo valores de bilirrubina; además completando

tratamiento antibiótico, saturando 98%, afebril, evolucionando favorablemente y posterior es dado de alta.

Caso clínico 4

Edad: 3 años, Sexo: femenino, Procedencia: Callao

TE: 2 días, inicio: insidioso, curso: progresivo, motivo principal: tos no productiva, disnea, hiporexia e irritabilidad

Madre refiere que hace 2 días antes del ingreso, la menor presentó tos seca intensa que de exacerba durante la noche y las madrugadas, asociado a hiporexia, malestar general, afebril, 1 día antes del ingreso, la Tos se intensifica, nota agitación en la menor, dificultad para respirar, irritabilidad, escucha como "silbidos en pecho" de la menor, afebril, 3 horas antes del ingreso, la dificultad respiratoria se hizo más notorio, lo que preocupó a la madre por lo cual decide acudir a emergencia.

Funciones biológicas: Apetito disminuido, sed conservado, sueño alterado, orina conservada , deposiciones conservadas, peso conservado.

Antecedentes:

6. Controles prenatales: 6 controles
7. Natales: cesárea por presentación alta , peso al nacer 2.200 kg, llanto al nacer y alta conjunta.
8. Postnatales: niega cirugías, niega RAMS, vacunas completas para la edad, lactancia mixta y desarrollo psicomotor adecuado.
9. Personales patológicos: SOBA (8 meses y 2 años)
10. Familiares:
 - Madre de 28 años aparentemente sana
 - Padre de 28 años aparentemente sano

Examen físico: FC: 111 por min, FR: 32 por min, T: 36.5, SatO2: 96 %

Peso: 15 kg Talla: 135 cm

Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis, no palidez; en tórax y pulmones murmullo vesicular pasa disminuido en ambos campos pulmonares sibilantes inspiratorios y espiratorios, roncales difusos y retracción leve; aparato cardiovascular ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos. abdomen no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no dolor a la palpación superficial

ni profunda; genitourinario puño percusión lumbar negativo, genitales femeninos adecuados; SNC despierta, reactiva a estímulos, colabora al momento del examen físico, glasgow 15/15, no focalización.

- Score pulmonar : 3 puntos
- Bierman y pierson: 4 puntos

Impresión diagnóstica:

1. Crisis asmática leve

Manejo:

1. Prednisona 5mg/5ml: 15 ml VO STAT
2. Salbutamol 100 mcg (inh) : 6 puff c/ 15 min por 1 hora
3. Bromuro ipratropio 20 mcg (inh): 6 puff c/ 15 min por 1 hora

Evolución:

La paciente no evolucionó bien ,ya que madre refiere que presentó cuadros de broncoespasmo. Examen físico: FC:138, FR: 40, SATO2: 92-95%, a nivel de tórax y pulmones se auscultan sibilancias inspiratorios y espiratorias y uso de musculatura subcostal, con un score pulmonar de 4 puntos, por lo que se indica Hidrocortisona 250 mg: 3 ml EV STAT, Salbutamol de 100 mcg: 8 puff c/1 hora con aerocámara pediátrica, Bromuro de ipratropio 20 mcg: 6 puff c/ 3 horas, se reevalúa a la paciente y se decide hospitalizar debido a la no mejoría del cuadro clínico.

1.2 Rotación en Cirugía General

Caso clínico 1

Paciente varón de 37 años, procedente de San Juan de miraflores, sin antecedentes de importancia, acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 10 horas de inicio insidioso y curso progresivo caracterizado por dolor tipo cólico a nivel de epigastrio de moderada intensidad al pasar las horas se localiza en fosa iliaca derecha siendo un dolor continuo tipo cólico asociado a hiporexia, náuseas ,vómitos en 4 oportunidades de contenido alimentario y fiebre de 38.5 c.

Al examen físico de emergencia FC:110, FR: 20, T:38.5 ,SATO2: 98 % PA: 110/90, Piel y TCSC: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar < 2", Torax y pulmones: simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa por ambos hemitórax, no ruidos agregados, vibraciones vocales pasan bien,

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se palpa choque de punta, no soplos, no ingurgitación yugular, Abdomen: no distendido, RHA (+), blando/ depresible, doloroso a palpación profunda en fosa iliaca derecha, Mc burney (+), Rovsing (+), no reacción peritoneal, Sistema nervioso: lúcido orientado en tiempo espacio y persona, escala de coma de glasgow 15/15, no signos meníngeos, no signos de focalización.

Se hace una impresión diagnóstica de Síndrome doloroso abdominal: Apendicitis aguda por lo que se le solicitó exámenes de laboratorio: WBC: 15,000, HGB: 13.3, PLT: 266 y PCR:1.5. Se decide preparar al paciente para sala de operaciones, y se le indica NPO, CINA 0,9% 1000 cc EV, 30 gts x', Cefazolina 2gr EV pre SOP, Omeprazol 40 mg EV cada 24h, Ketoprofeno 100 mg EV cada 8 horas, Dimenhidrinato 50 mg EV PRN náuseas y/o vómitos, además se completan exámenes prequirúrgicos.

se realiza una apendicectomía laparoscópica encontrando un apéndice cecal de 8x2cm posición descendente interna, subseroso en tercio distal, plastronado por epiplón, necrosada en su tercio distal, de base indemne y líquido purulento de aprox 20 cc en fondo de saco rectovesical.

El paciente tolera el acto quirúrgico, y pasa a sala de recuperación con las siguientes indicaciones NPO por 6 horas, Dextrosa 5% 1000 cc, NaCl 20%, KCL 20%, Ciprofloxacino 400 mg EV c/12h, Metronidazol 500 mg EV c/8H, Omeprazol 40 mg EV c/24 h, Ketoprofeno 100 mg EV c/ 8 h. En su primer día postoperatorio el paciente presentó leve dolor en la zona operatoria, se encuentra afebril, tolera la via oral, el paciente es dado de alta con Ciprofloxacino 500 mg VO c/12h x 4 días, Metronidazol de 500 mg VO c/8h x 4 días, Paracetamol 1g VO condicional a dolor, y concurrencia por consultorio de cirugía a los 7 días.

Caso clínico 2

Paciente varón de 32 años, procedente de Comas, con antecedente de coleditiasis hace 2 años, apendicectomía laparoscópica hace 3 años, refiere que desde hace 2 días cursa presenta dolor abdominal tipo cólico de gran intensidad (EVA 8/10) a nivel de hipocondrio derecho, que se irradia a hombro derecho, calma parcialmente con analgesicos , el dolor se agrava con la ingesta de alimentos grasos y se alivia en posición decúbito lateral,

acompañado de náuseas y vómitos en 3 ocasiones de contenido bilioso. Al examen físico de emergencia FC: 98, FR: 19, T: 37.2, SATO2: 97 %, PA: 120/80, Piel y mucosas: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar <2 seg, no palidez, no ictericia, Tórax y pulmones: simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos regulares, no se observa ni se palpa choque de punta, no soplos, no ingurgitación yugular, Abdomen: no distendido, RHA (+), blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho, murphy (+), Sistema nervioso: lúcido orientado en tiempo espacio y persona, escala de coma de glasgow 15/15, no signos meníngeos. Se hace una impresión diagnóstica de Síndrome doloroso abdominal: d/c colecistitis aguda, d/c coledocolitiasis, por lo que se le indica NPO, CINA 0,9% 1000 cc EV, 45 gts x', ceftriaxona 2gr EV cada 24h, Omeprazol 40 mg 01 ampolla ev cada 24h, Ketoprofeno 100 mg EV cada 8 horas, Dimenhidrinato 50 mg EV PRN náuseas y/o vómitos, se le solicita ecografía abdominal y exámenes prequirúrgicos.

En la ecografía se observa vesícula biliar de 81x37 mm, doble halo perivesicular, pared engrosada hasta 4.4 mm en su interior múltiples imágenes litiásicas siendo la mayor de 8 mm asociado a barro biliar, Murphy ecografico (+), colédoco 5 mm, porta: 10mm, concluyendo signos ecográficos de colecistitis aguda. Los resultados de laboratorio demostraron: Hb: 12 , Leucocitos : 14000, Plaquetas: 228 000, Urea: 16.9, Creatinina: 0.8, PCR: 10, examen de orina y serológicos negativos , por lo que se decide realizar una colecistectomía laparoscópica en donde se encontró vesícula biliar de 8x5 cm, de paredes edematosas, empotrada a lecho hepático con bilis oscura, conducto cístico de 3 mm y arteria cística de 2 mm y hígado de aspecto normal. Paciente tolero el acto quirúrgico y pasó a sala de recuperación con las siguientes indicaciones: NPO por 6 horas, Dextrosa 5 % 1000 cc, Nacl 20 %, KCL 20 %, Ceftriaxona 1 gr c/12 h EV, Ketoprofeno 100 mg EV c/ 8 h, Omeprazol 40 mg EV c/24 h. El paciente en su postoperatorio número 1 refiere leve dolor en heridas operatorias de intensidad 5/10, sin interurrencias adicionales, tolera la vía oral y es dado de alta con Paracetamol 500 mg vo 2 tabletas cada 8 horas por 3 días y luego condicional a dolor, se le indica control y retiro de puntos en 7 días.

Caso clínico 3

Paciente, varón de 68 años procedente de San Juan de Lurigancho, sin antecedentes de importancia, acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 3 meses aproximadamente de inicio insidioso y curso progresivo, refiere que tras la ingesta de alimentos presentó dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad (6/10) en flanco derecho, asociado a distensión abdominal, náuseas, además de pérdida de peso de 20 kg en dos meses. Hace una semana el cuadro clínico de distensión abdominal se exagera, presentando hiporexia e intolerancia oral, náuseas no llegando al vómito, actualmente refiere dolor abdominal tipo cólico difuso de moderada intensidad (7/10), elimina pocos flatos, deposiciones en poca cantidad. Al examen físico: FC: 61, FR: 17, T: 36.2, SATO2: 96%, PA: 100/80, Piel y mucosas: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar >2 seg, palidez marcada a nivel de piel y mucosas, no ictericia, Tórax y pulmones: simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos regulares, no se observa ni se palpa choque de punta, no soplos, no ingurgitación yugular, Abdomen: leve distensión, RHA presentes en poca cantidad, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, timpánico a la percusión, no reacción peritoneal, Sistema nervioso: lúcido orientado en tiempo espacio y persona, escala de coma de glasgow 15/15, no signos meníngeos. Se hace una impresión diagnóstica de Síndrome consuntivo, Síndrome doloroso abdominal: d/c obstrucción intestinal parcial, d/c NM oculto por lo que se le solicita tomografía de abdomen y pelvis con contraste, y exámenes auxiliares. En la tomografía nos indica que hay presencia de líquido libre en los diferentes recessos peritoneales, Llamando la atención la presencia de lesión ovoidea, de mediana densidad, que mide 18mm x 9.6mm, dependiente del peritoneo parietal ubicado en flanco izquierdo con ávido realce a la sustancia de contraste, sospechando de implante secundario (carcinomatosis). Asas intestinales delgadas muestran dilatación moderada alcanzando 61 mm de diámetro, identificando zona de estenosis en flanco derecho (yeyuno), por engrosamiento mural de hasta 11 mm en un área aproximada de 23 mm x 19 mm, mostrando realce heterogéneo a la sustancia de contraste sospechando

de proceso neofornativo y los exámenes de laboratorio: Hb: 10.3 , Leucocitos : 4000, Plaquetas: 207 000, Urea: 19.3, Creatinina: 0.23, albúmina: 2.3. Se decide preparar al paciente para sala de operaciones, y se le indica NPO, ClNa 0,9% 1000 cc EV, 30 gts x', Cefazolina 2gr EV pre SOP, Omeprazol 40 mg EV cada 24h, Ketoprofeno 100 mg EV cada 8 horas, Dimenhidrinato 50 mg EV PRN náuseas y/o vómitos, y se completan exámenes prequirúrgicos. Se realiza laparoscopia exploratoria en donde se evidencia dilatación de asa, seguido de estenosis y engrosamiento del mismo, además presencia de masa a la sensación háptica desde ángulo de treitz hasta 250 cm y múltiples ganglios que retraen meso. estenosis mencionada se encuentra a 200 cm aprox de válvula ileocecal, líquido libre de característica citrina en toda cavidad, epiplón adelgazada impresiona acartonamiento no signo de implante peritoneal ni en pared. Se realiza resección de tumoración de asa delgada e ileostomía a lo mikulicz, con el diagnóstico postoperatorio de estenosis en íleon proximal por tumoración infiltrante

El paciente tolera el acto quirúrgico, y pasa a sala de recuperación con las siguientes indicaciones NPO, iniciar tolerancia oral luego de 6 horas, NaCl 0.9 % 1000 ml 30 gotas por min, Dextrosa 5 % 1000 cc, NaCl 20 %, KCL 20 %, Ceftriaxona 1gr 2 ampollas ev STAT, Omeprazol 40 mg EV c/24 h, Ketoprofeno 100 mg EV c/ 8 h. En su primer día postoperatorio afirma sentir leve dolor en la zona operatoria, con signos vitales estables. En su segundo día post operado el paciente presentó dolor tipo cólico de intensidad 6/10 a predominio nocturno, funciones vitales estables, al examen físico preferencial: abdomen no distendido, RHA (+), blando/depresible, se evidencia ileostomía a lo mikulicz en flanco derecho permeable con bordes vitales con ileostomía de alto gasto: 1730, por lo que se le indico Loperamida 2 mg 2 tabletas VO c/ 8 h, Ketoprofeno 100 mg 1 ampolla EV condicional a dolor, Omeprazol 40 mg 1 ampolla EV c/12 h, reposición de volumen a volumen con Nacl 0.9% 1000 cc según gasto de ileostomía. El paciente en su PO12 tuvo una evolución favorable el gasto por la ileostomia en los ultimos días se mantuvo en 600-800 cc por lo que se decio el alta con Loperamida 2 mg 2 tabletas VO c/ 8 horas, Paracetamol 1g VO condicional a dolor, concurrencia por consultorio de cirugía a los 7 días y concurrencia a oncología con el resultado de anatomia patologica.

Caso clínico 4

Paciente varón de 56 años, con antecedente de colecistectomía laparoscópica hace 6 años, niega antecedentes patológicos, llega a consultorio de cirugía con un tiempo de enfermedad de 3 años caracterizado por sensación de masa en región inguinal izquierda, el cual iba aumentando de tamaño progresivamente, generando leve dolor en región inguinal izquierda a la deambulacion, niega náuseas, niega vómitos, realiza deposiciones, elimina flatos, por lo que se decide manejo quirúrgico. Al examen físico: FC: 89, FR: 18, T: 36.7, SATO2: 99 %, PA: 110/80, Piel y mucosas: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar <2 seg, no palidez, no ictericia, Tórax y pulmones: simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos regulares, no se observa ni se palpa choque de punta, no soplos, no ingurgitación yugular, Abdomen: no distendido, RHA(+), blando/depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, En región inguinal izquierda se evidencia protrusión de 4x4 cm aproximadamente, a la maniobra de valsalva aumenta a 5x5 cm no doloroso a la digitopresión, reductible, Sistema nervioso: lúcido orientado en tiempo espacio y persona, escala de coma de glasgow 15/15, no signos meníngeos. Se hace una impresión diagnóstica de hernia inguinal izquierda, se decide hospitalización para programación quirúrgica y exámenes prequirúrgicos. Previo a la cirugía se le indica NPO por 12 horas, Cefazolina 2 gr EV, uso de medias antitrombóticas. Se le realiza una hernioplastia inguinal izquierda técnica Liechtenstein, encontrándose dilatación de anillo inguinal profundo de 3 cm aprox por el cual protruye saco herniario de 5x4 cm conteniendo epiplon. Se realiza reducción de saco herniario y colocación de malla de polipropileno de 8x15 cm sobre pared posterior, el cual se fija cerca a sínfisis del pubis y se continúa a lo largo del ligamento inguinal con surjete continuo, la cual se fija con nylon 2/0 a 2 cm del pubis y al ligamento inguinal izquierdo con puntos continuos y se extiende malla en pared posterior.

El paciente tolera acto quirúrgico y pasa a la sala de recuperación, se le indica: NPO por 6 horas, NaCl 0.9 % 1000 ml 30 gotas por min, Dextrosa 5 % 1000 cc, NaCl 20 %, KCL 20 %, Tramadol 50 mg EV, dimenhidrinato 50 mg,

Omeprazol 40 mg EV cada 24h. En su primer día postoperatorio refiere leve dolor en zona operatoria, se encuentra afebril y con funciones vitales en rangos de normalidad , se le indica, Ketoprofeno 100 mg EV c/8h, uso de suspensorio y evitar esfuerzos físicos intensos. El paciente en el PO2 tiene evolucion favorable, presenta menor dolor, herida operatoria afrontada, sin secreciones ,sin signos de flogosis , se le da de alta con las siguientes indicaciones: Paracetamol 1 g c/8h x 3 días, y se le recomienda uso de suspensorio, evitar realizar esfuerzos físicos intensos, y concurrencia a consultorio de cirugia en 1 semana para control y retiro de puntos.

1.3 Rotación en Medicina Interna

Caso clínico 1

Paciente, varón de 70 años, procedente de Lima, acude a emergencia el 19/07/2022 con un tiempo de enfermedad de 3 meses de inicio insidioso, curso progresivo, motivo principal: dolor en miembros inferiores, hiporexia, pérdida de peso.

Familiar de paciente refiere que hace 3 meses presentó dolor en miembros inferiores, cadera y dolor lumbar, razón por la cual acudiò constantemente a sesiones de masajes. Posterior a ello sintomatología se exacerbó por lo que le impedía movilizarse y realizar sus actividades diarias. Con el pasar de los días el paciente presenta inestabilidad al caminar, dolor al momento de estar sentado, disminución del apetito e insomnio por lo que le administraban clonazepam- diazepam; además días previos al ingreso familiares notan aumento de volumen en miembro inferior derecho y hematoma, niegan caídas en el paciente. Adicional a ello familiar refiere disminución de peso de más de 10 kilos en los últimos 3 meses.

Antecedentes:

1. HTA hace 5 años, tratamiento con enalapril 10 mg, atenolol 100 mg, AAS
2. Amigdalectomía hace 40 años
3. Consumidor de marihuana, tabaco y alcohol 2 veces por semana desde hace 15 años

Funciones biológicas: PA: 140/90 mmHg FC: 98 por minuto FR:19 por minuto

T: 36.6 SatO2: 95% Peso: 50 kg

Examen físico:

Paciente ARMG, ARMN, ARMH, febril, ventila espontáneamente

Piel tibia, poco hidratada, laxa, llenado capilar menor de 2 segundos, palidez ++/+++ , presencia de equimosis desde 1/3 superior del muslo hasta 1/3 inferior de la pierna en cara lateral de 6 a 7 cm de ancho en miembro inferior derecho. Tórax y pulmones murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Aparato cardiovascular ruidos cardiacos arrítmicos, bloqueo de rama derecha, soplo sistólico.

Abdomen excavado, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

Genitourinario puño percusión lumbar negativo

SNC paciente despierto, desorientado en tiempo, espacio y persona

Exámenes auxiliares:

Hb: 8.3 mg/dl, leucocitos 11000, plaquetas 152000

urea 64.2 mg/dl, creatinina 0.95 mg/dl, LDH: 476 UI, albúmina 2.8, calcio 9.6, Na 137, K corregido 3.3, Cl 106.

Ecodoppler: bloqueo de rama derecha

Ecografía de partes blandas: masa neoformativa en PMP con sospecha de extensión expansiva de tumor óseo.

Aspiración de médula ósea: médula reactiva, discrasia de células plasmáticas.

Radiografía de femur derecho: luxofractura 1/3 proximal femur derecho.

Impresión diagnóstica:

1. Fractura patológica (metástasis vs tumor óseo) muslo derecho
 - A. Discrasia de células plasmática
2. FARVA: CHA2DS2 VASC 2 puntos
3. Trastorno de conducción cardiaca BCRD y HH + HBA
4. Anemia moderada normocítica normocrómica
5. luxofractura 1/3 proximal femur derecho
6. HTA por antecedente

Manejo hospitalario

1. Vía salinizada
2. Enalapril 10 mg cada 24 horas VO

3. Atenolol 100 mg cada 24 horas VO
4. Enoxaparina 1mg/kg cada 12 horas EV
5. Vigilar recuento plaquetario
6. Transfusión de 2 paquetes globulares

Evolución

El paciente estuvo hospitalizado durante 1 mes, con evolución desfavorable, alteración de exámenes de laboratorio presentando anemia severa, plaquetopenia e hipoalbuminemia severa. Paciente sin mejoría, falleció

Caso clínico 2

Paciente, mujer de 93 años, raza mestiza, procedente de Huacho, con un tiempo de enfermedad de 3 días, inicio insidioso, curso progresivo, motivo principal dolor abdominal, náuseas, vómitos, hiporexia

Paciente ingresa a emergencia refiriendo que el día 6/11/22 presentó dolor abdominal tipo cólico a nivel de epigastrio, además de náuseas que se asocian al vómito, hiporexia, alza térmica no cuantificada, fue evaluada por cirugía con analítica leucocitos 21.78 dímero D > 20 paciente pasa a SOP, interconsulta a UCIG, paciente que se encuentra en mal estado general uso de vasopresores para manejo pasa a UCIG.

Antecedentes: niega

Funciones vitales: PA: 120/75 mmHg FC: 97 por minutos FR: 26 por minuto T: 37.5 SatO2: 93 %

Al examen físico: AMEG, AREN, AREH.

Piel y fanelas tibia, poco hidratada, laxa, llenado capilar menor de 2 segundos, palidez ++/+++.

Tórax y pulmones Con soporte ventilatorio MODO V-CMV FiO2:30 % VT: 380, Pico: 22 IE: 1:2.9 peep: 5, murmullo vesicular pasa disminuido por ambos hemitórax; Cardiovascular Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos; Abdomen ruidos hidroareos presentes, poco blando a la palpación, paciente cubierto por apósito, ileostomía derecha funcionante. Neurológico: Bajo sedoanalgesia RASS-4, pupila I/Q

Paciente es evaluado por cirugía general para ingreso a SOP.

Exámenes auxiliares:

- AGA y electrolitos 13-10-22: pafi: 430, fio 21 %, PH: 7.31; CO2:44.1;

O2:90.4; NA:138; K:3.9; CL:107. Glucosa:132, urea:23; creatinina: 0.4; TGO: 15; TGP:12; GGTP: 53; BT:0.2; BD: 0.1; BI: 0.1; FA:105; Albúmina: 1.7; Proteínas totales: 3.1; HB: 14.1; Leucocitos:18; plaquetas:177; neutrófilos: 89; linfocitos:5.8.

- AGA y electrolitos 15-10-22: pafi: 542, fio 35 %, PH: 7.27; CO2: 41; O2:119; NA: 134; K: 3; CL:109. glucosa: 122; urea: 26; creatinina: 0.8; TGO: 22; TGP: 14; GGTP: 50; BT: 0.2; BD: 0.1; BI: 0.1; FA: 160; Albúmina:1.8; Proteínas totales: 3.1; HB: 10.4; Leucocitos: 5.85; plaquetas:198; neutrófilos: 55; linfocitos: 29.3.
- AGA y electrolitos 17-10-22: pafi: 540, fio:35 %, PH: 7.42; CO2:38.8 ;O2:158; NA: 137; K: 3.5; CL: 111. glucosa: 108; urea: 24; creatinina: 0.89; TGO: 55; TGP: 18 ; GGTP: 74; BT: 0.2; BD: 0.2; BI: 0.3; FA: 172; Albúmina: 1.9; Proteínas totales: 3.4; HB: 12.3; Leucocitos: 6.3; plaquetas: 229; neutrófilos: 72.6; linfocitos: 18.

Diagnóstico:

1. Shock distributivo
2. IRA tipo I/II con ventilador mecánico
3. Trombosis mesentérica.

Paciente ingresa a SOP el día 07-11-22 por emergencia , dentro de los hallazgos operatorios se encontró necrosis a nivel de íleon, de aproximadamente 50 cm, ubicada a 4 cm de la válvula ileocecal; líquido serohemático 500 cc aproximadamente en cuatro cuadrantes con gran cantidad de de trombosis en meso ileal , además de evidenciar cianosis de todo el meso a lo largo de todo el intestino. Se concluye como diagnóstico post operatorio: Trombosis mesentérica.

Paciente post operado cursa con los siguientes diagnósticos:

1. Postoperado de laparotomía exploratoria + conversión + resección ileal + ileostomía terminal por trombosis mesentérica.
2. Insuficiencia respiratoria en ventilador mecánico
3. Sepsis punto de partida abdominal en tratamiento
4. Síndrome post paro cardiorespiratorio
5. Anemia moderada
6. Hipoalbuminemia

7. Úlcera por presión en región sacra

Plan:

- Monitoreo hemodinámico
- Soporte ventilatorio
- Electrocardiograma
- Analítica de laboratorio
- Continuar tratamiento antibiótico
- Colocacion de cateter venoso central
- Colocacion de linea arterial

Tratamiento:

1. NPO + sonda nasogástrica a gravedad
2. C/Na 9 % 1000} 60cc/hr KCL 20(1).
3. Fentanilo 0.5 mcg (2)
4. Midazolam 50 mg (2) 10cc/hr
5. Ceftriaxona 2gr EV C/24h + Metronidazol 500 mg EV c/ 8 horas
6. Metoclopramida 10 Mg Ev C/8h
7. Noradrenalina 4 mg (2 amp) > PAM 70
8. Enoxaparina 40 mg SC c/ 24 horas
9. Paracetamol 1gr SNG PRN. T° 38 °C
10. Hemoglucolest C/6h
11. Ventilador mecánico.
12. Gluconato de calcio 10 % (1) C/8 h

Evolución: Paciente estuvo hospitalizada 20 días en el servicio de medicina interna, con evolución quirúrgica favorable, posterior es dada de alta.

Caso clínico 3

Paciente varón de 73 años, procedente de Lima, con un tiempo de enfermedad de 4 días de inicio insidioso, curso progresivo, motivo principal: malestar general, cefalea, dolor en hipogastrio, SAT no cuantificada.

Familiar de paciente refiere que hace 4 días presentò malestar general, hiporexia y debilidad general, además refiere que días antes del ingreso paciente presentaba deposiciones líquidas aproximadamente 3 veces al día que cesó un día antes de acudir por emergencia, posterior presentó sensación

de alza térmica no cuantificada, cefalea y dolor a nivel de hipogastrio asociado a orina oscura, paciente portador de sonda foley por antecedente de hiperplasia benigna de próstata grado III, horas antes del ingreso se encuentra desorientado en espacio y persona con actitud de agresividad por lo cual ingresa por emergencia.

Antecedentes:

- Antecedentes generales: grupo y factor O +, RAMS niega, hospitalización en febrero por enfermedad renal crónica.
- Antecedentes patológicos: HTA (Hace 20 años) en tratamiento con nifedipino, enfermedad renal crónica (hace 1 año) en tratamiento con furosemida y hemodiálisis, hiperplasia benigna de próstata.
- Antecedentes familiares: niega

Funciones vitales: PA: 150/88 mmHg, FC: 87 por minuto, FR: 17 respiraciones por minuto, T: 36.3,

Examen físico: AREG, AREH, AREN

Piel y franelas tibia, poco hidratada, laxa, llenado capilar menor de 2 segundos, no palidez; Tórax y pulmones amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados; Cardiovascular ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos; Abdomen no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no dolor a la palpación superficial ni profunda; genitourinario paciente portador de sonda foley con diuresis de 400 cc con orina clara, no hematuria, Puño percusión lumbar positivo. SNC desorientado en tiempo y espacio, orientado en persona.

Exámenes auxiliares:

Hb: 6.2 g/dl, Leucocitos: 14 000, Plaquetas: 350 000

Urea: 325, creatinina: 8.94, PCR: 21.6

Examen de orina: 148 Leucocitos por campo, nitritos positivos

Solicitar urocultivo

Impresión diagnóstica:

1. Infección de tracto urinario complicada
2. Hiperplasia benigna de próstata grado III
3. Enfermedad renal cronica en hemodialisis
4. Transtorno del sensorio: metabólico o infeccioso
5. Anemia severa

Tratamiento en hospitalización:

1. Vía salinizada
2. Ceftriaxona 1g EV C/24 h
3. Tamsulosina 0.4mg VO C/24 h
4. Metamizol 1g (1 amp) EV PRN T > 38°C
5. Ranitidina 50 mg EV C/8h
6. Nifedipino 30 mg VO C/12 h
7. Captopril 25 mg VO PRN PA >160/90mmHg
8. Hemodiálisis
9. Solicita urocultivo

Evolución:

Paciente hospitalizado durante 15 días, evolucionando favorablemente, se obtiene urocultivo positivo para E. coli sensible a nitrofurantoína, ciprofloxacino, amikacina, trimetoprim/sulfametoxazol, gentamicina, se cambia antibiótico siendo de elección imipenem/cilastatina 500 mg C/6 h por 7 días. Posterior mejora trastorno del sensorio, es dado de alta y recibiendo control por consultorio externo de urología y nefrología.

Caso clínico 4

Paciente, varón de 57 años, procedente de Ayacucho, con un tiempo de enfermedad de 5 días de inicio insidioso, curso progresivo, motivo principal edema en miembro inferior derecho, calor, flogosis.

paciente refiere que hace 5 días presentó incremento de volumen en miembro inferior derecho asociado a calor, flogosis y lesión de 10 x 10 cm, niega fiebre, niega dolor a la deambulacion, refiere además automedicarse con cefalexina 500 mg y paracetamol de 500mg, al no ver mejoría, decide por optar tratamiento natural aplicando sábila en lesión, por lo que se agrega lesiones ampollas con secreción melicérica por lo que acude a emergencia y posterior es hospitalizado.

Antecedentes:

- Antecedentes generales: grupo y factor O+, RAMS niega, hospitalizaciones recientes niega.
- Antecedentes patológicos: Hipertensión arterial (hace 10 años) con tratamiento con enalapril, amlodipino, hidroclorotiazida

- Antecedentes familiares: niega

Funciones vitales: PA: 135/80 mmHg, FC: 74 por minuto, FR: 20 respiraciones por minuto, T: 36.5 SatO₂: 97% Peso: 73 kg Talla: 165 cm

Examen físico: AREG, AREN, AREH

Piel y franelas tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor de 2 segundos, no palidez, no ictericia; Tórax y pulmones murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados; Cardiovascular ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos; Abdomen globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda; Miembro inferior derecho se evidencia lesión eritematosa de aproximadamente 10 x 10 cm , con signos de flogosis, presencia de ampollas con secreción melicérica; SNC paciente orientado en tiempo, espacio y persona, glasgow 15/15.

Exámenes auxiliares:

Hb: 12.3 g/dl, leucocitos: 11 000, plaquetas: 343 000 VSG: 32 PCR: 4.4

Perfil de coagulación: TPT 37.8, TP 13.7, INR 1, Dímero D 1.43

Impresión diagnóstica:

1. Celulitis en miembro inferior derecho
2. HTA por antecedente

Tratamiento hospitalario:

1. Vía salinizada
2. Oxacilina 1g (2 amp) EV C/ 4h
3. Clindamicina 600 mg EV C/8h
4. Metamizol 1g (1 amp) EV PRN T > 38°C
5. Omeprazol 40 mg (1 amp) EV C/24 h
6. Enoxaparina 60 mg SC C/24 h
7. Enalapril 20 mg VO C/12 h
8. Amlodipino 5 mg VO C/24h

Evolución:

Paciente hospitalizado durante 12 días, evolucionando favorablemente, afebril, evidenciándose disminución de volumen en miembro inferior derecho, sin eritema, cumpliendo tratamiento antibiótico, es dado de alta.

1.4 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico 1:

Paciente mujer de 59 años, procedente de Lima, ingreso a hospitalización de Ginecología modalidad programada el día 13-03-23, Tiempo de enfermedad: 1 año , inicio brusco, curso progresivo.

Paciente refiere que hace un año se palpa una masa en cuadrante supero externo de la mama izquierda a 3 centímetros del pezón por lo que acude a consultorio médico realizándose distintos exámenes de imagen siendo la ecografía de mamas (25/02/23) la que indica tumoración sólida en mama izquierda (R2) en relación a proceso neofornativo por antecedente, así como nódulo sólido de angulado en mama ipsilateral (R1) sospechoso de malignidad de Proceso neofornativo multicéntrico, Birads 6, Por lo que se realiza una biopsia y estudio histopatológico con el diagnóstico de Carcinoma infiltrante de la mama , variedad ductal ,grado histológico alto, linfocitos intratumorales estromales 30%,y el marcador ki 67:60%.

Su tratamiento hasta el momento del ingreso consistió en Quimioterapias 3 rojas, carboplatino, cada 3 semanas y 2 neoadyuvantes. Su última quimioterapia fue el 27/02/2023 por lo que se encuentra en condiciones para la cirugía planteada siendo: mastectomía radical de mama izquierda modificada , la misma que fue programada el 14/03/2023. Paciente además Indica ser evaluada por hematología donde recibe transfusión (dos paquetes globulares) ingresando con 11.1 g/dl el 13/03/2023 para hospitalizarse en ginecología.

Funciones biológicas: apetito conservado, sed conservada, orina conservada, deposiciones conservada, con variación de peso perdiendo 7 kilos en 3 meses aproximadamente

Antecedentes:

Antecedentes personales: Niega alergias alimentarias y hábitos nocivos.

Niega alergias alimentarias y hábitos nocivos. niega RAMS

Antecedentes patológicos: hipertensión arterial 2012 (tratamiento actual losartan 50mg), hipotiroidismo 2010 (tratamiento actual levotiroxina), Síndrome de Sjogren, Neuralgia del trigémino, fractura antebrazo izquierdo, tuberculosis 1992 (tratamiento completo)

Antecedentes familiares: Madre, padre: oncológico negativo, Hermana:

artritis reumatoide e hipotiroidismo

Antecedentes ginecológicos: Menarquia 12 años, régimen catamenial 5/l irregular, inicio relación sexual 24 años, FUR:2007, fórmula obstétrica: G1 P1001.

Antecedentes quirúrgicos: Operada en mama derecha por fibroadenoma (2019)

Examen físico al ingreso:

Funciones vitales: PA: 110/70 mmHg T: 36.5 °C, FC: 70 lat/min, FR: 16 resp/min, Sat.O2: 97 %.

Piel, faneras y mucosas: piel T,H,E LLC < 2". Alopecia. Se observa catéter PorH,t permeable en cara anterior del tórax derecho. Sistema linfático: No se palpan adenopatías. Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados, amplexación conservada. Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad. No soplos. Pulsos periféricos de buena intensidad. Mamas: Mama izquierda: se palpa tumoración de consistencia indurada de 3x2 cm en R2 a 3 cm del pezón, sin adenopatías palpables, sin dolor a la palpación. Mama derecha : blanda , depresible, sin dolor a la palpación. Abdomen: No distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso, borde hepático a 3 cm del reborde costal derecho. Genito urinario: no se evidencia sangrado vaginal, ni secreción, sin lesiones. PRU (-), PPL (-). SNC: Despierta, activa, reactiva a estímulos, Glasgow: 15/15, Pupilas isocóricas, fotorreactivas. Fuerza y tono muscular conservados.

Exámenes auxiliares pre quirúrgicos :

1. (19/01/23) Glucosa 107, urea 24 , BUN: 11.21, Creatinina: 0.5
2. (10/03/23) Hemoglobina: 11.1 g/dl, VCM: 103.4, HCM: 34.3, CHM: 35.4 ,Hematocrito: 33.3 %, Plaquetas: 331. Fibrinógeno: 669
3. (15/03/23) Hemoglobina: 9.7 g/dl, hematocrito: 28.3%, VCM: 103.4, HCM: 105, CHM: 36 , Plaquetas: 283. Fibrinógeno: 669, Neutrófilos: 91.4, linfocitos:4%, monocitos:3.9%, neutrófilos:11.72%, leucocitos:12.81
4. Prueba de detección de antígeno para SARS COV-2: No detectado, VIH, hepatitis B y VDRL negativos
5. (10/10/22) PAP: Negativo para lesión intraepitelial y/o malignidad.

Exámenes de imagen:

1. Mamografía bilateral (10/10/22): Categoría BIRADS 4B, nódulos de bordes irregulares con microcalcificaciones en mama izquierda, calcificación gruesa en mama izquierda D/fibroadenoma parcialmente calcificado vs involutivo. Se sugiere biopsia.
2. Ecografía de mamas (18/10/22): nódulo de bordes irregulares en mama izquierda D/CNM. mama derecha: tejido glandular mamario en R10 a 2 cm del pezón , cambios post quirúrgicos (fibroadenoma), Región axilar: con presencia de adenopatía inflamatoria de 12 mm. Mama izquierda: tejido glandular mamario en R2-3 A 1-4 cm del pezón, imagen hipocogénica de bordes irregulares de 28 mm, con aparentes microcalcificaciones. En R4 a 2 cm del pezón, quiste de 6 mm. En R2 a 5 cm del pezón , imagen hipocogénica de 7 mm, que sugiere fibroadenoma atípico. En R4 adyacente al pezón conducto mamario de 2 mm. Región axilar: con presencia de adenopatías inflamatorias de 14 mm, 16 mm, 9 mm.
3. Ecografía transvaginal (13/10/22): miometrio (imágenes nodulares hiperecogénicas de 10,6 y 8 mm, en relación a miomas de aspecto intramural)
4. Tomografía helicoidal con contraste de tórax (05/11/22): lesión nodular de aspecto neoproliferativo en la mama izquierda. Mediastino: adenomegalia de 8mm en el eje corto a nivel de la ventana aortopulmonar. Pared torácica: nódulo hipodenso sólido de bordes lobulados, mide 29x28x22 mm, realce homogéneo significativo a nivel del cuadrante superior externo de la mama izquierda. Ausencia de adenopatías axilares.
5. Tomografía helicoidal con contraste de abdomen y pelvis (05/11/22): Quiste anexial izquierdo, dentro de los límites normales. Útero: en AVF, adecuada morfología, lesión de aspecto quístico en región anexial izquierda de 42x35mm.
6. Ecografía de mamas (18/01/23): Lesión nodular en mama izquierda, BIRADS 6, fibroadenoma en mama izquierda, quiste simple en mama izquierda, adenopatías axilares bilaterales. Mama derecha: tejido

glandular mamario, en R10 a 2 cm del pezón, con presencia de adenopatía axilar de 11 x 4 mm Mama izquierda: tejido glandular mamario, en R2-3 a 3 cm del pezón, nódulo hipocogénica de bordes irregulares con microcalcificaciones internas mide 29 x 16.5 mm. En R2 a 5 cm del pezón, nódulo ovoideo circunscrito, mide 6.3 x 3.5 mm. En R6 retroareolar, quiste simple de 7.7 mm. Región axilar con adenopatía inflamatoria de 13 x 3.9mm.

7. Ecografía de mamas (25/02/23): Mama izquierda, en R2 se evidencia tumoración sólida espiculada de 32x15x37 mm, de ecogenicidad heterogénea con microcalcificaciones internas y señal de flujo central al Doppler color, altera la interfase acústica con tejidos adyacentes (signos de infiltración) ubicado a 7 mm de la piel. Adyacente a tumoración descrita se evidencia hipocogénica sólida de bordes definidos de 5.1x 3.4 mm con calcificación gruesa de 2.6 mm en su interior. En R3 periareolar se evidencia quiste simple ovoideo de 7x5 mm ubicado a 18mm de la piel.

Diagnóstico definitivo/ examen histopatológico:

- Carcinoma infiltrante de la mama, variedad ductal, grado histológico alto, linfocitos intratumorales estromales 30%.

Diagnóstico planteado preoperatorio:

- Cáncer de mama izquierda estadio clínico IIB + Quimioterapia neoadyuvante

Cirugía efectuada- Hallazgos:

Mastectomía radical modificada tipo madden NM de mama izquierda. Se evidencia zona indurada, irregular en R2 de aproximadamente 2 cm, se evidenció un grupo (1) axilar adenopatías de 1 cm. Resto sin alteraciones.

Diagnóstico planteado post operatorio:

- Paciente PO5 de mastectomía radical modificada tipo madden NM de mama izquierda

Plan:

Día de ingreso (13/03):

1. Vía salinizada, cefazolina 2gr, losartan 50 mg, levotiroxina.
2. Previo a cirugía (14/03):NPO, vía salinizada, cefazolina 2 gr, losartan

50mg.

3. Post cirugía (14/03): Dextrosa 5 %+ nacl 20 % + kcl 14.9 %, cefazolina 2gr, ketoprofeno 100mg, tramadol 100mg, metamizol 2gr.
4. Control de funciones vitales , hemograma post quirúrgico (9.4 g/dl).
5. Hemovac permeable , vendaje compresivo , curación diaria.

Exámenes auxiliares post quirúrgicos:

- (14/03/23) hemoglobina post quirúrgica: 9.7 mg/dl
- (16/03/2023) hemograma control, hierro sérico: 624 ug/dl , transferrina: 213 mg/dl, ácido fólico: 13 ng/dl, ferritina: 438.2 ng/ml, vit B12: 1233 pg/ml

Evolución de la paciente por días:

- 14/03/2023: paciente de 59 años con diagnóstico de Cáncer de mama izquierda, HTA e hipertiroidismo por antecedente, con signos vitales estables y sin síntomas patológicos. Al examen físico se detecta una tumoración en mama izquierda de consistencia indurada de 5x4 cm en R2 a 3 cm del pezón, sin adenopatías palpables. Se indica en el plan continuar con indicación médica y preparar para SOP. Ingresa con hemoglobina 11.1 g/dl
- 15/03/2023: Paciente de 59 años con diagnóstico de PO1 de mastectomía radical modificada tipo madden NM de mama izquierda HTA e hipertiroidismo por antecedente. Indica dolor en la zona operada de intensidad 3/10, cefalea 2/10. Al examen físico se describe dren Hemovac permeable con contenido de 175cc situada en el borde inferior de la herida operatoria curada, suturada, sin secreciones, afrontada, sin signos de flogosis y con vendaje compresivo. Se continua con indicación médica. La hemoglobina post quirúrgica es de 9.7. Se realiza una interconsulta con hematología quien sugiere evaluación post exámenes de laboratorio.
- 16/03/2023 : Paciente de 59 años con diagnóstico de PO2 de mastectomía radical modificada tipo madden NM de mama izquierda, anemia leve, HTA e hipertiroidismo por antecedente. Niega dolor, indica sentir mareos y cefalea leve intensidad 2/10. El dren Hemovac permeable con contenido de 134cc. Se espera resultados de laboratorio para la interconsulta con hematología.
- 17/03/2023: Paciente de 59 años con diagnóstico de PO3 de mastectomía

radical modificada tipo madden NM de mama izquierda, anemia leve HTA e hipertiroidismo por antecedente. Sin interurrencias de enfermería, paciente con evolución favorable. El dren Hemovac permeable con contenido de 65cc y hemoglobina control de 9.4.

- 18/03/2023: paciente PO4 de mastectomía radical modificada tipo madden NM de mama izquierda, anemia leve HTA e hipertiroidismo por antecedente. Paciente estable y con evolución favorable. Se continua con indicación médica.

Caso clínico 2:

Paciente de sexo femenino de 17 años, procedente de Lima, modalidad de ingreso a hospitalización siendo programada, ingresa a SOP el día 12-03-23, Tiempo de enfermedad 2 años, inicio insidioso, curso progresivo, motivo principal: dismenorrea, dolor abdominal en fosa iliaca izquierdo.

Paciente que hace aproximadamente 2 años inicia con dolor abdominal de moderada intensidad a nivel de hipogastrio tipo cólico de intensidad 10/10 el cual se exagera con menstruación, además refiere que, se automedica con aines (ibuprofeno), cediendo. Actualmente refiere sangrado abundante asociado a menstruación, dolor abdominal tipo cólico, punzante a predominio de fosa iliaca izquierda, dolor no cede con analgésicos. Paciente acude para hospitalización programada para el 13/03/2023 para 1.^{er} turno operatorio, actualmente niega SAT, niega vómitos, niega náuseas. Cuenta con Ecografía pélvica 7/10/22 Quiste de Ovario Izquierdo 99x56x97 mm.

Funciones biológicas: Apetito Conservado, Sed Conservada, Orina Conservada, Deposiciones Conservadas

Antecedentes:

- Antecedentes generales: Niega alergias alimentarias y hábitos nocivos, Niega RAMS, Grupo sanguíneo: O+, Transfusiones niega, Cirugías Previas niega
- Antecedentes patológicos: depresión, tratamiento con fluoxetina 1 tab C/24 h
- Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 11 años, Régimen Catamenial 7d/R, FUR: 20/02/23, MAC: Niega, URS: Niega, IRS:

Niega, GOP0000.

- Antecedentes familiares: Niega

Examen físico de ingreso:

Funciones vitales: T: 36.6 °C, FC: 68 lat/min, FR: 16 resp/min, Sat.O2: 97 % (FIO2:21 %), PA: 110/70 mmHg

Piel y mucosas: Tibia, elástica, hidratada Llenado capilar menor de 2 segundos, Mucosa oral húmeda. Sistema linfático no se palpan adenopatías. Tórax y pulmones, tórax simétrico, sin lesiones, Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no ruidos agregados; Mamas blandas no dolorosas, no se palpan masas. Aparato cardiovascular Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos, Pulsos periféricos de buena intensidad, no frialdad distal. Abdomen no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

Ginecológico: no se evidencian lesiones, no se evidencia sangrado, no se realiza especuloscopia ni tacto vaginal.

SNC: Despierta, activa, reactiva a estímulos, Glasgow: 15/15, Pupilas isocóricas, fotorreactivas, Fuerza y tono muscular conservados. No signos meníngeos ni de focalización.

Examen de imágenes:

- Informe de ultrasonido pélvico 04/11/2022: Útero: de 75x29x46mm, anteverso, miometrio y endometrio homogéneo. Ovario derecho: visualizado, probablemente normal, Tamaño 30x24x11mm. Ovario izquierdo: visualizado, tamaño 41x34x33mm, quistes tamaños 28x29mm Conclusiones: Útero ecográficamente normal, Ovario derecho ecográficamente normal, tumoración de aspecto quístico paraovario izquierdo.

Impresión Diagnóstica:

1. Quiste de Ovario Izquierdo

Cirugía Programada: Quistectomía laparoscópica

Reporte operatorio

- Diagnóstico preoperatorio: Quiste de Ovario Izquierdo
- Diagnóstico postoperatorio: PO inmediato de Quistectomía por quiste paraovarico izquierdo, hallazgos: Útero de aprox 5cm Anexo derecho sin

alteraciones, anexo izquierdo se evidencia quiste paraovarico aproximadamente 12cm bilobulado, Sangrado aprox. 50cc.

Plan:

Vía salinizada, cefazolina 2 gr, C/6 h EV, Dextrosa 5 % 1000 cc, NaCl 20 % 1 amp, Kcl 14.9% 1 amp, Ketoprofeno 100 mg C/8 h EV.

Terapéutica de alta: Cefalexina 500mg Tab C/6h VO por 5 días, Ketorolaco 10mg Tab C/8 h VO por 5 días.

Evolución:

Paciente hospitalizada durante 2 días en el servicio de ginecología, con evolución quirúrgica favorable, posterior es dada de alta con medicación.

Caso clínico 3:

Paciente de 32 años, sexo femenino, procedente de Lima ingresa emergencia con tiempo de enfermedad de 4 días, inicio de enfermedad: insidioso, curso progresivo, caracterizado por dolor abdominal de moderada intensidad, caracterizado por ser de tipo colico, a predominio de hemiabdomen inferior, intensidad 8/10; Además refiere sangrado vaginal en regular cantidad, sin sangrado vaginal activo.

Paciente al ingreso niega gestación.

Funciones biológicas: apetito conservado, sed conservada, orina conservada, deposiciones conservadas, peso conservado.

Antecedentes:

- Antecedentes Ginecológicos y Obstétricos: Menarquia 12 años, régimen catamenial 5/irregular, fecha de última regla 25/02/2023, método anticonceptivo ninguna, uso de hormonas niega, fecha de último papanicolau 2022 negativo, última relación sexual: 16/03/2023, fórmula obstétrica:G3P1011
- Antecedentes personales: Niega alergias alimentarias y hábitos nocivos. Niega alergias alimentarias y hábitos nocivos. niega RAMS
- Antecedentes patológicos: hipotiroidismo
- Antecedentes familiares: Madre, padre: diabetes *mellitus*.
- Antecedentes quirúrgicos: Cesárea año 2015 por feto podálico; ooforectomía unilateral izquierda por embarazo ectópico Operada en

mama derecha por fibroadenoma (2019).

Examen físico al ingreso:

Funciones vitales: PA: 100/70 mmHg T: 36.5C, FC: 79 lat/min, FR: 19 resp/min, Sat.O2: 97%.

Piel y mucosas tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos; Tórax y Pulmones amplexación conservada, no se evidencia uso de musculatura accesoria, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares; Cardiovascular ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles, frémito cardiaco; Abdomen se evidencia cicatriz operatoria antigua de disposición transversa suprapúbica de 10 cm de longitud, ruidos hidroaéreos, presentes, doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel de fosa iliaca derecha, no signos de irritación peritoneal, no se palpan masas; Genitales externos no se evidencian lesiones macroscópicas, ni sangrado vaginal activo.

Especuloscopia: cérvix epitelizado, orificios cervicales interno y externo cerrados, no se evidencian lesiones macroscópicas en región cervical, no se evidencia sangrado vaginal activo.

Tacto vaginal: cérvix posterior, útero de 7x8 cm, no dolor a la palpación bimanual, dolor a la palpación anexial derecha.

Exámenes auxiliares:

Leucocitos: 9 000, hemoglobina :13.5g/dl, plaquetas:185 000, neutrófilos: 60%, glucosa:98, urea:18, creatinina:0.56, grupo y factor: O+, velocidad de sedimentación globular: 12, proteína c reactiva: 12, tiempo parcial de tromboplastina: 33, tiempo de protrombina: 14.1, INR:1, fibrinógeno: 273, gonadotrofina coriónica humana 19/03/2023: 13693 mIU/ml, gonadotrofina coriónica humana 21/03/2023: 22519 mIU/ml, gonadotrofina coriónica humana 23/03/2023: 30819 mIU/ml.

Ecografía tranvaginal: utero anteverso flexo, lisa y regular, de 93mm x 47mm x 68mm; miometrio de ecotextura homogénea; endometrio 9mm de grosor; cavidad vacua, a nivel de región ístmica anterior se aprecia imagen anecogenica de 6mm de diametro con ligera ecogenicidad en su interior. conclusión: hallazgo ecográfico en relación a pseudo saco en región ístmica; no se descarta la posibilidad de embarazo sobre cicatriz uterina .

Impresión diagnóstica:

1. Embarazo ectópico en cicatriz uterina.

Tratamiento hospitalario:

1. NaCl 0.9 x 1000 cc 30 gotas por minuto
2. Escopolamina 20 mg cada 8 horas endovenoso
3. Metotrexate 60 mg intramuscular , dosis única.
4. CFV y observación de signos de alarma

Evolución:

Paciente con evolucionando favorablemente, gonadotrofina coriónica humana 23/03/2023 en 30819 mIU/ml, disminuye valores al cuarto día gonadotrofina coriónica humana 27/03/2023 en 9819 mIU/ml, se sugiere control periodico de esta hormona.

Caso clinico 4

Paciente mujer de 62 años, procedente de surco; acude a consulta externa refiriendo, que desde hace 2 años notó que la aréola de la mama izquierda presentaba eritema, descamación y sangrado, sin dolor y con una leve secreción amarillenta que salía del pezón por lo cual acude a consulta externa, donde se le brinda una interconsulta con dermatología donde le recetan antibióticos (2021), continua con el tratamiento durante un mes y posteriormente es referida a ginecología del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz, por persistencia de sintomatología y agregando dolor de moderada intensidad en mama izquierda.

Funciones biológicas:

Apetito Conservado, Sed Conservada, Orina Conservada, Deposiciones Conservadas, Sueño Conservado, Peso conservado.

Antecedentes:

- Antecedentes generales: Niega alergias alimentarias y hábitos nocivos, Niega RAMS, Grupo sanguíneo: A+, Transfusiones niega, Cirugías Previas: reducción de mama año 2008, colelap: 2013
- Antecedentes patológicos: niega
- Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 13 años, Régimen Catamenial 5d/R, Fecha de última regla hace 15 años, MAC: Niega, URS: Niega, IRS: Niega, G2P2002.

- Antecedentes familiares: Niega

Examen físico al ingreso:

Funciones vitales: PA: 110/70 mmHg FC: 90 lpm FR: 18 lpm T: 36.9°C

Peso: 65 kg Talla: 159 cm

Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada, Palidez (+/+++), Llenado capilar < 2"; Tórax y Pulmones Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax; Mama derecha Blanda, no se evidencia tumoración, simétrica, no dolorosa a la palpación, no presenta secreción, no hay sangrado y el pezón no se encuentra retraído; Mama izquierda piel descamada, eritematosa y engrosada alrededor de la areola, pezón aplanado, no se evidencia secreción amarillenta o sanguinolenta al momento del examen; Cardiovascular Ruidos cardíacos de buena intensidad, no soplos; Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda en el hipogastrio; Genitales externos no lesiones, ni sangrado vaginal.

- Exámenes de laboratorio: Leucocitos: 7 000, hemoglobina: 13, plaquetas: 280 000, glucosa: 95, urea: 26, creatinina: 0.6.
- Mamografía 16/01/23: La mamografía bilateral en incidencias cráneo caudal y oblicua medio lateral muestran tejido fibroglandular homogéneamente denso y de aspecto nodular, Calcificaciones puntiformes agrupadas en ambas mamas, No lesiones definidas sugestivas de malignidad, Piel y pezones sin retracción, regiones auxiliares sin adenopatías. Conclusión: Probable proceso fibroquístico de ambas mamas, Calcificaciones probablemente benignas en ambas mama
- Biopsia 15/01/23: Se recibe punch de piel de color blanquecino que mide 0.2x0.2 cm. Biopsia de piel donde se observa epidermis con presencia de células atípicas y figuras mitóticas entremezcladas con los queratinocitos. A nivel de dermis superficial infiltrado linfocítico liquenoide marcado.
- Estudio de inmunohistoquímica: CK7: positivo, HER-2: positivo, R.P: negativo, R.E: negativo, Ki67: contributorio, Los hallazgos histomorfologicos y el inmunofenotipo positivo para CK7 y HER-2 sugieren el diagnóstico de enfermedad de PAGET de la mama.

Impresión diagnóstica:

1. Enfermedad de PAGET

Plan: Se prepara para SOP cirugía programa para mastectomía total

Terapéutica:

1. Dextrosa al 5% 1000cc
2. Metamizol(amp)
3. Cefazolina 1gr – INY c/ 6hr PRE SOP
4. Ketoprofeno 100 mg INY c/ 8hr

Evolución: Paciente con evolución quirúrgica favorable, afebril, se realizó Centralectomía + Biopsia de Ganglio axilar izquierdo, en región axilar izquierda se palpa 1 ganglio axilar de aproximadamente 1 cm y sangrado de aproximadamente 50 cc.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El internado médico se llevó a cabo dentro de las instalaciones del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz, el mismo que está dentro de la categoría III-1 , pertenecen al tercer nivel de atención, se encuentra ubicado en el distrito de Jesús María, en la cuadra 26 de la avenida Brasil sin número, dentro de los usuarios de estos servicios gozan de dicho beneficio el personal policial ya sea titular en actividad o retiro, así como cónyuge, hijos y padres.

Tiene como misión ofrecer atención integral en el ámbito ambulatoria, extrahospitalaria y hospitalaria especializada, haciendo énfasis en las actividades de recuperación y rehabilitación de la salud al personal titular y beneficiarios de la Policía Nacional del Perú, la misma que se basa en proyección a la co-munidad, integrando sus actividades especializadas de salud con las Redes y Regiones PNP mediante el Sistema de Referencia y Contrarreferencia,

Brinda los servicios consulta externa, hospitalización, procedimientos en las distintas especialidades y subespecialidades siendo : alergia e inmunología , anatomía patológica, Cirugía de Cabeza,Cuello y maxilo facial , Cardiología, Cirugía de Tórax y cardiovascular , Cirugía General, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica y quemados, Dermatología, Emergencia y desastres , Endocrinología y nutrición , Infertilidad y Reproduccion Humana Gastroenterología, Ginecología , Infectologia y enfermedades tropicales , Medicina Interna, Nefrología, Neonatología, Neumología, Neurocirugía, Neurología, Obstetricia, Odontostomatología, Oftalmología, Oncología/Hematología, Otorrinolaringología, Pediatría, Psicología, Radiología, Reumatología, Traumatología, Unidad de cuidados intensivos y Urología.

Durante el internado médico se rota por las cuatro especialidades básicas: Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría, Cirugia General; las mismas que a su vez internamente tenían subdivisiones siendo estas las que afianzaron el conocimiento. Asimismo es importante destacar la actual

infraestructura que cuenta el hospital , ya que se pudo percibir que se cuenta con múltiples equipos modernos de última generación , los mismos que nos ayudaron a llegar al diagnóstico y terapéutica de nuestros pacientes.

Finalmente, en este gran Hospital continúan trabajando con el firme y leal compromiso de seguir formando calidad de profesionales en salud con adquisición de experiencia, priorizando y ejecutando la atención de sus pacientes con calidez y calidad humana.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

1.1 Rotación de Pediatría y Neonatología

Caso clínico n.º 1

Paciente femenino de 4 años 1 mes acude por fiebre, vómitos, diarrea y dolor abdominal por lo que no cede con repriman, por el cual acude a emergencia, con temperatura cuantificada en 38.5°C. Se le efectivizó hemograma, PCR, examen de orina y reacción inflamatoria en heces.

El paciente requirió hidratación endovenosa, además de dosis de metamizol y ondansetron endovenosos para control de fiebre y vómitos. Por los hallazgos de acuerdo a los exámenes de laboratorio, uno de ellos reacción inflamatoria en heces siendo positiva, la impresión diagnóstica fue gastroenteritis aguda infecciosa administrándole ceftriaxona endovenosa.

La diarrea disentérica es una de las afectaciones bacterianas más frecuentes en niños presentándose principalmente tipo agudo, generalmente menor de 2 semanas y se emplea varios agentes bacterianos como es el *Campylobacter jejuni*, Gram negativo, que se da en niños menores de 2 a 5 años, está asociada a la crianza o exposición de aves y al síndrome Guillain barré; la *Shigella Flexneri*, Gram negativa, que se da en niños mayores de 2 a 5 años, está asociado a artritis reactiva y cursa con pujo y tenesmo. La terapia antibiótica de elección en este caso se empleó ceftriaxona además de hidratación donde se evaluó los parámetros por lo que el paciente presentó deshidratación moderada (1).

Durante los días de hospitalización, el paciente evolucionó favorablemente siendo dado de alta.

Caso clínico n.º 2

Paciente femenino de 12 años 3 meses, procedente de Huancayo, acude por fiebre cuantificada en 38.7°C, disuria, polaquiuria y hematuria por lo que no cedió con paracetamol, acude a un hospital de Huancayo, medicada con amoxicilina con ácido clavulánico, por la persistencia de los síntomas es referida al hospital nacional Luis N Sáenz PNP, se le efectivizó hemograma,

PCR, examen de orina, urocultivo. Por los hallazgos de acuerdo a los exámenes de laboratorio, uno de ellos examen de orina siendo positiva, la impresión diagnóstica fue infección del tracto urinario recurrente, administrándole ceftriaxona endovenosa. La infección del tracto urinario es una de las infecciones bacterianas más frecuente, el germen más frecuente es la E. coli, se considera que una ITU es recurrente si se producen dos o más episodios de pielonefritis aguda, un episodio de pielonefritis aguda y uno o más de cistitis durante un año, de acuerdo a los factores de riesgo una de ellas son las anomalías del tracto urinario favoreciendo el enlentecimiento del flujo de la orina, además fimosis en varones lactantes, estreñimiento, vejiga neurógena y la nefrourolitiasis (2).

La recolección de orina de acuerdo con el método es fundamental para evitar falsos positivos. Posteriormente se contó con urocultivo positivo a E. coli sensible a nitrofurantoína, fosfomicina, ciprofloxacino, trimetropim sulfametoxazol, gentamicina. Paciente es dada de alta evolucionando favorablemente.

Caso clínico n.º 3

RN pretérmino de sexo masculino, producto de cesárea por preeclampsia severa y circular simple de cordón, nace sin llanto, frecuencia cardiaca menor de 100 por minuto y disnea. Apgar al minuto 4-7, a los 5 minutos 8, se empleó maniobra de reanimación con ventilación a presión positiva, con recuperación rápida. RN hospitalizado en el servicio de neonatología al examen físico se evidencia piel ictérica, madre con grupo y factor A+ y RN con grupo y factor O+, se efectuó valores de bilirrubinas siendo de predominio indirecto, RN permaneció en fototerapia hasta normalizar valores de bilirrubinas, la impresión diagnóstica fue ictericia neonatal y sepsis neonatal. La ictericia neonatal es la coloración amarillenta de piel y mucosas debido al depósito de bilirrubina, se observa en el RN cuando los valores sobrepasan en 5 mg/dl. El diagnóstico se basa principalmente en antecedentes, signos clínicos, momento de la aparición de la ictericia y exámenes de laboratorio, el tratamiento de elección es la fototerapia. La sepsis neonatal se manifiesta dentro de los primeros 28 días debido a la proliferación e invasión de

bacterias, hongos, virus en el torrente sanguíneo del recién nacido, el factor de riesgo más importante es la prematuridad y bajo peso, el germen más frecuente es el estreptococo betahemolítico y E. coli, la clínica es inespecífica, pero con mayor frecuencia se presenta en el recién nacido taquicardia, dificultad respiratoria y fiebre, el Gold standar para sepsis neonatal es el hemocultivo. La terapia antibiótica de inicio es Ampicilina y Gentamicina (3).

Paciente RN pretérmino evolucionó favorablemente, normalizando valores de bilirrubinas, afebril, SatO2 98%, al séptimo día es dado de alta.

Caso clínico n.º 4

Paciente femenino de 3 años acude a emergencia por presentar tos seca intensa el cual se exacerba durante la noche y las madrugadas, asociado a hiporexia, malestar general, afebril, 1 día antes del ingreso, el cuadro clínico se exacerba presentando disnea. Al examen físico se aprecia que el murmullo vesicular pasa disminuido en ambos campos pulmonares sibilantes inspiratorios y espiratorios, roncales difusos y retracción leve, Score pulmonar : 3 puntos, Bierman y Pierson: 4 puntos, se hace el diagnóstico de Crisis asmática leve y se inicia tratamiento con Prednisona 5mg/5ml: 15 ml VO STAT, Salbutamol 100 mcg (inh) : 6 puff c/ 15 min por 1 hora y Bromuro ipratropio 20 mcg (inh): 6 puff c/ 15 min por 1 hora, se reevalúa al paciente y se evidencia que la evolución es desfavorable ya que a pesar de la medicación persiste con el mismo cuadro clínico, por lo que se indica nuevamente Hidrocortisona 250 mg: 3 ml EV STAT, Salbutamol de 100 mcg: 8 puff c/1 hora con aerocámara pediátrica y Bromuro de ipratropio 20 mcg: 6 puff c/ 3 horas, a pesar de la terapia persiste con un Score pulmonar en 4 puntos con saturación variable de 92- 95% , por lo que se decide hospitalizar para un mejor control.

La crisis asmática es la patología y emergencia más frecuente en pacientes pediátricos caracterizado por la inflamación crónica de las vías aéreas generado por la respuesta exagerada a diversos estímulos como: aero alérgenos, ejercicio, frío ocasionando obstrucción de las vías aéreas de intensidad y reversibilidad variables. El cuadro clínico es reconocido por

síntomas como respiración sibilante, tos, sensación de opresión torácica, disnea súbita, uso de músculos accesorios. Se clasifica en función a la gravedad con el Score pulmonar en leve, moderado y severo, considerando ciertos parámetros como la frecuencia respiratoria según la edad, sibilancias y uso de musculatura accesorio, teniendo en cuenta que una puntuación de 0-3 es leve, 4-6 es moderada, 7-9 severa, esta clasificación es importante para el manejo adecuado del paciente pediátrico (4).

El manejo en una crisis asmática leve es 1 dosis de 2-4 pulsaciones de salbutamol con cámara y se reevalúa en 15 minutos, si el paciente responde se da de alta con los agonistas β_2 adrenérgicos de acción corta inhalados (SABA), si no responde se considera como una crisis asmática moderada y el manejo es con 6-8 pulsaciones de salbutamol con cámara cada 20 minutos hasta 3 dosis, se reevaluar en 15 minutos tras la última dosis, si el paciente responde se da de alta con agonistas β_2 adrenérgicos de acción corta inhalados (SABA) + 1 mg/kg de prednisona 3 a 5 días o hasta resolución, si no responde se considera una crisis asmática severa y el manejo es este caso sería con O₂ hasta SatO₂ > 94%+ Nebulización 0,15 mg x kg salbutamol (máx 5 mg) + 250-500 mcg de bromuro de ipratropio cada 20 minutos hasta 3 dosis O 10 pulsaciones de salbutamol + 2-4 pulsaciones de bromuro de ipratropio con cámara cada 20 minutos hasta 3 dosis + 2 mg x kg prednisona oral o EV (5).

1.2 Rotación de Cirugía General

Caso clínico n.º 1

De acuerdo con la historia clínica, el paciente acude a emergencia por presentar un cuadro típico de apendicitis aguda debido a que presentó dolor tipo cólico a nivel de epigastrio de moderada intensidad el cual se localizó en fosa ilíaca derecha asociado a hiporexia, náuseas, vómitos y fiebre de 38.5 c. Al examen físico preferencial revela un abdomen no distendido, RHA (+), blando/ depresible, doloroso a palpación profunda en fosa iliaca derecha, Mc burney (+), Rovsing (+), no reacción peritoneal, a nivel laboratorial presentó leucocitosis de 15.000, PCR de 1.5. Se informó al paciente sobre la gravedad de la enfermedad, el procedimiento a realizar además de las posibles

complicaciones. Se preparó al paciente para sala de operaciones con previa profilaxis antibiótica con cefazolina 2gr EV y se realizó una apendicectomía laparoscópica en la que se evidencio un apéndice cecal de 8x2cm, subseroso en tercio distal, plastronado por epiplón, necrosada en su tercio distal y líquido purulento de aproximadamente 20 cc en fondo de saco recto vesical. Posterior a la cirugía el paciente tuvo una buena evolución.

La apendicitis aguda es considerada la urgencia quirúrgica abdominal más común en el mundo, el tratamiento estándar actual para la apendicitis es la apendicectomía oportuna, que puede realizarse tanto de manera abierta como de manera laparoscópica, siendo la laparoscópica la mejor por su bajo porcentaje de complicaciones y estancia hospitalaria (6,7).

Es importante mencionar que el diagnóstico de apendicitis aguda en su mayoría es clínico, por ello es importante realizar una buena historia clínica y examen físico.

Caso clínico n.º 2

Paciente varón de 32 años, procedente de comas, con antecedente de colelitiasis hace 2 años y apendicectomía laparoscópica hace 3 años, acude a emergencia por presentar un cuadro típico de colecistitis aguda caracterizado por dolor abdominal tipo cólico de gran intensidad a nivel de hipocondrio derecho, el cual se intensifica con la ingesta de alimentos grasos y se alivia en posición decúbito lateral, acompañado de náuseas y vómitos en 3 ocasiones de contenido bilioso. Al examen físico preferencial revela abdomen: no distendido, RHA (+), blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho, Murphy (+), en la ecografía se aprecia una vesícula biliar aumentada de tamaño, doble halo perivesicular, pared engrosada con múltiples litos en su interior, a nivel laboratorial se evidencia leucocitosis de 14000 y PCR: 10. El paciente cumple con criterios de Tokyo 2018 el cual se basa en signos de inflamación local: signo de Murphy, dolor en hipocondrio derecho , inflamación sistémica: PCR elevado y hallazgos imagenológicos característicos de colecistitis aguda , haciéndose un diagnóstico definitivo de colecistitis aguda calculosa requiriendo una

colecistectomía laparoscópica . Se explica al paciente sobre su enfermedad , el procedimiento a realizar y posibles complicaciones ,se prepara al paciente para sala de operaciones, previa firma del consentimiento informado. Posterior a la cirugía el paciente tuvo una evolución favorable ya que presentó leve dolor en heridas operatorias, heridas bien afrontadas sin signos de flogosis ni secreción y tolero la vía oral por lo que se dio de alta.

El principal factor de riesgo para el desarrollo de una colecistitis es el antecedente de colelitiasis, siendo esta la principal causa de consulta en el servicio de emergencia. La colecistectomía laparoscópica es la principal indicación colelitiasis sintomática (cólico biliar) y colecistitis aguda, actualmente se considera el procedimiento de elección para la extirpación de la vesícula biliar debido a que hay menores complicaciones postoperatorias, menor dolor postoperatorio, la estancia hospitalaria es más corta, cicatrices más pequeñas, recuperación más rápida y genera menor pérdida de sangre (8,9).

Caso clínico n.º 3

Paciente varón de 68 años procedente de San Juan de Lurigancho, sin antecedentes de importancia, acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 3 meses caracterizado por dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad asociado a distensión abdominal, náuseas no llegando al vómito, pérdida de peso de 20 kg, el cuadro clínico se exacerba presentando hiporexia, intolerancia oral, refiere eliminar pocos flatos y deposiciones en poca cantidad. En el examen físico preferencial se observó un abdomen levemente distendido, RHA presentes en poca cantidad, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, timpánico a la percusión. Se hizo el diagnóstico de Síndrome doloroso abdominal a descartar una neoplasia oculta debido a que presentó síndrome consuntivo además de obstrucción intestinal parcial ya que el paciente presentó deposiciones en poca cantidad y eliminación de pocos flatos, por lo que se optó por realizar una tomografía con contraste, ya que esta ayuda a mejorar la visibilidad de órganos específicos , tejidos o vasos sanguíneos, como también el comportamiento de la vascularización de numerosas lesiones, la tomografía

reveló engrosamiento mural de yeyuno, mostrando realce heterogéneo a la sustancia de contraste sospechando de proceso neofornativo por lo que se decidió realizar una laparoscopia exploratoria además de resección de tumoración de asa delgada e ileostomía a lo mikulicz. El paciente posterior a la cirugía presentó alto gasto por ileostomía por lo que se indicó loperamida 2 gr 2 tabletas VO c/8 horas y reposición de volumen a volumen, en su postoperatorio número 12 tuvo evolución favorable ya que presentó en los últimos días gastos de ileostomía de 600 - 700 cc , por lo que se indicó el alta y control por cirugía y oncología.

La primera causa de obstrucción intestinal corresponde al síndrome adherencial ya sea por bridas o adherencias, en segundo lugar, está la incarceration de las hernias, específicamente las hernias inguinales que son las más frecuente. La obstrucción de intestino delgado por neoplasia es poco frecuente, se da un 5% ocupando el cuarto lugar siendo el yeyuno e íleon el segmento en que se localizan con más frecuencia en un 60.3%. La obstrucción completa se considera una emergencia médica y requiere cirugía, como también la obstrucción parcial, estas patologías se deben de tratar de inmediato, siendo necesario hacer un enfoque multidisciplinario con el uso de tecnología y procedimientos avanzados como la video cápsula endoscópica, enterografía por tomografía computarizada o resonancia magnética, y la enteroscopia asistida por dispositivos (10).

Caso Clínico n.º 4

Paciente varón de 56 años, con antecedente de colecistectomía laparoscópica hace 6 años, niega antecedentes patológicos, llega al consultorio con un cuadro típico de hernia inguinal, caracterizado por sensación de masa en región inguinal izquierda, el cual iba aumentando de tamaño progresivamente, leve dolor en región inguinal izquierda a la deambulación. Al examen físico se evidenció en región inguinal izquierda protrusión de 4x4 cm aproximadamente que a la maniobra de Valsalva aumenta a 5x5 cm no doloroso a la digitopresión, reductible. Se explica al paciente el procedimiento a realizar en este caso una hernioplastia inguinal izquierda con técnica Liechtenstein, se programa la operación. El paciente posterior a la cirugía evoluciona

favorablemente, por lo que se decide el alta y concurrencia al consultorio de cirugía para control y posibilidad de retiro de puntos.

Las hernias se definen como una protrusión de contenido intraabdominal por un orificio natural anatómicamente constituido, la localización en orden de frecuencia son inguinales, umbilicales, femorales, epigástricas y otras. Se clasifican en reducibles (coercibles, incoercibles) e irreducibles (incaerada, estrangulada).

Las hernias inguinales se originan por encima del ligamento inguinal, siendo la segunda patología quirúrgica urgente más frecuente, después de la apendicitis y conforma el 75% de las hernias abdominales más común en hombres. Estas se clasifican en hernias inguinales directas e indirectas, las hernias inguinales directas se presenta con mayor frecuencia en mujeres y sale a través de la pared posterior del Triángulo de Hasselbach, en cambio las hernias inguinales indirectas se deben a la persistencia del conducto peritoneo vaginal y sale a través del anillo inguinal profundo (11).

El manejo de las hernias inguinales es quirúrgico en pacientes sintomáticos, en cambio en pacientes asintomáticos es electiva. Existen técnicas quirúrgicas abiertas con tensión (sin malla), sin tensión (con malla) y laparoscópica. La técnica de Liechtenstein es una técnica quirúrgica de abordaje anterior sin tensión, es la de elección y la que más se realiza en la actualidad porque tiene menos recidiva (12).

1.3 Rotación de Medicina Interna

Caso clínico n.º 1

Paciente varón de 70 años acude a emergencia presentando dolor en miembros inferior, hiporexia y pérdida de peso de 10 kilos en los últimos 3 meses, sintomatología se exacerbó impidiendo movilizarse además de insomnio administrándole diazepam - clonazepam, paciente como antecedente hipertenso desde hace 5 años con tratamiento con enalapril 10

mg, atenolol 100mg y AAS. Paciente en mal estado general, mal estado de nutrición, al momento del examen físico se evidencia en miembro inferior derecho equimosis desde $\frac{1}{3}$ superior del muslo hasta $\frac{1}{3}$ inferior de la pierna en cara lateral de 6 a 7 cm de ancho, aparato cardiovascular ruidos cardiacos arrítmicos, bloqueo de rama derecha (FARVA: CHA2DS2 VASC 2 puntos), soplo sistólico, SNC paciente desorientado en tiempo, espacio. De acuerdo a los exámenes auxiliares, la hemoglobina del paciente en 8.3 g/dl transfundiendo 2 paquetes globulares. Se le realizó ecografía de partes blandas evidenciando masa neoformativa en PMP con sospecha de extensión expansiva de tumor óseo, además de aspiración de médula ósea concluyendo como discrasia de células plasmáticas y radiografía de fémur derecho evidenciando luxofractura $\frac{1}{3}$ proximal. La impresión diagnóstica fue Fractura patológica (metástasis vs tumor óseo) muslo derecho, discrasia de células plasmáticas, FARVA: CHA2DS2 VASC 2 puntos, Anemia moderada normocítica normocrómica. La escala de CHAS2DS2 VASC permiten estimar el riesgo de accidente cerebro vascular en pacientes con fibrilación auricular, como factores de riesgo para la puntuación depende de insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión arterial, edad mayor igual de 75 años, diabetes, ACV, enfermedad vascular, edad 65-74 años y sexo femenino. El tratamiento depende de la puntuación para iniciar con anticoagulantes. El paciente estuvo hospitalizado durante 1 mes con evolución desfavorable, con alteración de exámenes de laboratorio presentando anemia severa, plaquetopenia e hipoalbuminemia severa, sin mejoría, falleció (13).

Caso clínico n.º 2

Paciente mujer de 93 años procedente de Huacho, ingresa por emergencia presentando dolor abdominal tipo cólico a nivel de epigastrio, náuseas, vómitos, hiporexia, sensación de alza térmica no cuantificada, evaluado por el servicio de cirugía general con resultados de exámenes de laboratorio, leucocitos 21 000, Dímero D >20, paciente ingresa a SOP para una laparotomía exploratoria encontrando en los hallazgos operatorios necrosis a nivel de íleon de aproximadamente 50 cm, ubicada a 4 cm de la válvula ileocecal, líquido serohemático 500 cc aproximadamente en cuatro cuadrantes con gran cantidad de trombosis en meso lineal, concluyendo en

trombosis mesentérica. Posterior paciente pasa a UCIG por mal estado general, con soporte ventilatorio MODO V-CMV FiO2 30% VT: 380, portador de catéter venoso central, con tratamiento antibiótico con ceftriaxona 2gr y anticoagulante con enoxaparina 40 mg. La impresión diagnóstica fue shock distributivo, IRA tipo I/II con ventilador mecánico y post operado de trombosis mesentérica.

Shock se define como un síndrome multifactorial secundario a patologías desencadenantes; el shock distributivo incluye al shock séptico que se origina mediante focos infecciosos que liberan una serie de mediadores anafilotoxinas, histamina, sustancia depresora del miocardio, factor de necrosis tumoral, endotoxinas, interleuquinas.

La insuficiencia respiratoria se debe a la incapacidad de la función del intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono entre aire ambiental y circulación sanguínea, siendo la del caso del paciente IRA tipo I/II, donde el tipo I es hipoxemia y el tipo II hipercápnic. Posteriormente paciente pasa al servicio de medicina interna estable permaneciendo hospitalizada 20 días, con evolución quirúrgica favorable y es dada de alta (14).

Caso clínico n.º 3

Paciente varón de 73 años ingresa por emergencia presentando malestar general, cefalea, dolor en hipogastrio, sensación de alza térmica no cuantificada, deposiciones líquidas 3 veces al día, orina oscura, paciente portador de sonda Foley por antecedente de hiperplasia benigna de próstata grado III, horas antes del ingreso se encuentra desorientado en tiempo y espacio, con actitud de agresividad. Como antecedente el paciente es hipertenso desde hace 20 años en tratamiento con nifedipino, además enfermedad renal crónica hace 1 año en tratamiento con furosemida y hemodiálisis. Al examen físico en genitourinario puño percusión lumbar positiva, portador de sonda Foley con diuresis de 400 cc con orina clara, no hematuria. De acuerdo a los exámenes de laboratorio, el examen de orina patológico con leucocitos en 148 por campo, nitritos positivos, urocultivo positivo para E. coli sensible a nitrofurantoína, ciprofloxacino, gentamicina,

amikacina, trimetoprim sulfametoxazol; por lo que se cambia de antibiótico siendo de elección imipenem/ cilastatina 500mg. La impresión diagnóstica fue infección del tracto urinario complicada.

La ITU es un problema de salud importante y frecuente sobre todo en mujeres y adultos mayores, son clasificadas como alta o baja, aguda o crónica, complicada o no complicada, sintomática o asintomática. La ITU complicada se debe a factores anatómicos que pueden ser funcionales o farmacológicos que predisponen infecciones recurrentes o persistentes, es frecuente en adultos mayores por hiperplasia prostática u obstrucciones (15).

Paciente hospitalizado durante 15 días, evolucionando favorablemente, con tratamiento antibiótico de amplio espectro, posterior mejoría de trastorno del sensorio es dado de alta y recibiendo control por consultorio externo de urología y nefrología.

Caso clínico n.º 4

Paciente varón de 57 años, procedente de Ayacucho, con antecedente de hipertensión arterial controlada, ingresa a emergencia con un tiempo de enfermedad de 5 días caracterizado por aumento de volumen en miembro inferior derecho asociado a calor, flogosis y lesión de 10 x 10 cm, niega fiebre, niega dolor a la deambulacion, automedicándose con cefalexina y paracetamol sin mejoría alguna por lo que opto por aplicarse sábila generando lesiones ampollosas, funciones vitales en rangos normales, a nivel de miembro inferior derecho se evidencia lesión eritematosa de aproximadamente 10 x 10 cm , con signos de flogosis, presencia de ampollas con secreción melicérica, a nivel laboratorial presenta leucocitosis y PCR incrementado, se hace el diagnóstico de celulitis, se le indica antibióticos: oxacilina y clindamicina y antihipertensivos. En su día 12 de hospitalización es dado de alta debido a su buena evolución presentando disminución de volumen en miembro inferior sin eritema.

La celulitis es la causa más frecuente de consultas en emergencia, puede ocurrir a cualquier edad pero es más frecuente en adultos y ancianos e incide

con mayor frecuencia en los meses de verano. Su etiología es bacteriana generado por *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus* existen factores predisponentes como: heridas, excoriaciones, picaduras, infecciones micóticas, etc, generando un proceso inflamatorio agudo localizado en dermis e hipodermis, el cuadro clínico inicia con eritema mal definido, dolor circunscrito, edema, calor local, el tratamiento es empírico con antibióticos que cubren *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus* meticilino resistente como: cloxacilina o amoxicilina-ácido clavulánico o cefalosporinas antiestafilocócicas (cefazolina), en casos de alergia a betalactámicos, utilizar cefazolina o clindamicina (16).

1.4 Rotación de Ginecología y Obstetricia

Caso Clínico n° 1

La ecografía de mama (25/02/23): le indico un BIRADS 6, más la biopsia y un estudio histopatológico definió el diagnóstico como carcinoma infiltrante de la mama, variedad ductal, grado histológico alto, linfocitos intratumorales estromales 30%, y el marcador ki 67: 60% indicó la proliferación tumoral. Sitúa al cáncer de mama izquierda en el Estadio IIB es decir el tumor mide entre 2 y 5 cm, y, en los ganglios linfáticos, se observan pequeños grupos de células de cáncer de mama de entre 0,2 y 2 mm o el cáncer hizo metástasis en 1 a 3 ganglios linfáticos axilares, pero no hay metástasis a otra zona del cuerpo. Y también está dentro de esa categoría que el tumor supere 5 cm pero sin afectación de ganglios.

Las 5 quimioterapias (3 rojas) y 2 neoadyuvantes que recibió la paciente es un tratamiento de elección en pacientes con cáncer de mama localmente avanzado e inflamatorio, cuyo objetivo es controlar de forma temprana la enfermedad micro metastásica, disminuir el tamaño tumoral y aumentar el pronóstico de vida (17). La paciente indicó que al finalizar las quimioterapias la consistencia del tumor de pétéreo pasó a ser indurada. Aunque el tamaño no disminuye según las ecografías de control, la primera (18/10/22) indicaba que en R2-3 hay una imagen hipoecogénica de bordes irregulares de 28 mm, con aparentes microcalcificaciones en comparación con la última ecografía

(25/02/23) que indicaba que en R2 se evidenciaba una tumoración sólida espiculada de 32x15x37 mm, de ecogenicidad heterogénea con microcalcificaciones internas. Su última quimioterapia fue el 27/02/2023 por lo que es apta para la cirugía de mastectomía radical de mama izquierda programada el 14/03/2023. Además, es apta tras evaluación de riesgo quirúrgico por parte de Cardiología por su antecedente de HTA, Neumología por secuelas por TBC tratado y endocrinología por su antecedente de hipotiroidismo.

La cirugía programada fue una mastectomía radical izquierda modificada tipo Madden que combina una mastectomía simple con la extirpación de los ganglios linfáticos axilares, se evidencio en los hallazgos quirúrgicos una zona indurada, irregular en R2 de aproximadamente 2 cm, y en el grupo 1 axilar, adenopatías de 1 cm. La herida operatoria es curada y se usa un vendaje que junto al drenaje Hemovac permeable controla que no se acumule el contenido serohemático evitando hematomas, seromas, y favorezca la cicatrización. Además, se realizan interconsultas para controlar la anemia crónica, que se sospecha inicia con las quimioterapias. Paciente tiene una evolución quirúrgica favorable.

Caso Clínico n.º 2

Dentro de la clínica que presentó la paciente es una sintomatología que nos orientaba a lo que podría ser una patología abdominal o ginecológica en sus anexos, debido al dolor en el hipogastrio a predominio de algún flanco y la dismenorrea que presentaba, estos dolores de la paciente eran intermitentes, además era un dolor sordo y punzante en algún flanco por lo que nos haría sospechar de posibles patologías como quistes, apendicitis, embarazo ectópico, etc. Se descartaron varios de estos debido a que la paciente todavía no habría comenzado sus relaciones sexuales, además que conto con una ecografía pélvica la cual detallo en la conclusión que se trataba de un quiste ovárico o para ovárico izquierdo, lo cual nos hizo concluir mejor con un diagnóstico, esto se apoya a que nuestra paciente se encuentra en una edad fértil donde la mayoría de los quistes se forman por el ciclo menstrual y a estos les llamamos los quiste funcionales, dentro de ellos tenemos al quiste folicular

y al quiste lúteo, el quiste folicular se desarrolla cuando propiamente el folículo no se rompe y no llega a liberar su ovulo y por medio de las hormonas este comienza a crecer, formando al quiste folicular. A diferencia del quiste lúteo, este se genera una vez el folículo libere al ovulo, la abertura del folículo se obstruye de esta manera se acumularía el líquido dentro del cuerpo lúteo, formando así el quiste lúteo. Ahora hablando acerca del tratamiento si bien en cierto los quistes funcionales pueden regresionar por si solos en 2-3 meses y no necesitar tratamiento, por lo que nos podría alejar un poco del cuadro ya que la paciente menciona que presentaba molestias desde hace dos años, lo cual también nos permite hablar del otro tipo de quistes que son los no funcionales dentro de estos tenemos a 3, el quiste dermoide que también es conocido por ser el teratoma este proviene de las células germinales por lo que dentro podríamos encontrar todo tipo de epitelio especializado como, pelos, piel, dientes, normalmente suelen ser benignos; también tenemos al endometrioma, que como bien sabemos es causa de una posible endometriosis, este se genera cuando el tejido del endometrio se adhiere al ovario generando quistes a esto se le denominaría endometrioma, y por ultimo tenemos al cistoadenoma que es un quiste que se forma por las células de la capa de la superficie de los ovarios, este contenido puede ser acuoso o seroso, estos quistes suelen tener un tamaño grande y causar una mayor sintomatología, estos quistes no funcionales tienen mayor riesgo de que se produzca una torsión ovárica lo cual es una de las complicaciones cuando los quistes son muy grandes, ya que al interrumpir el flujo de sangre a los ovarios podría causar necrosis además del intenso dolor pélvico agudo que sentiría la paciente, la otra complicaciones es la ruptura de quistes, los que tienen mayor riesgo de esta complicación serán los que sean de mayor tamaño; entonces como podemos observar en las imágenes y en la historia de la paciente por la clínica, el tiempo de la sintomatología y las imágenes estaríamos descartando a los quistes funcionales, y dentro de los quistes no funcionales podemos descartar a teratoma ya que en la imágenes no se observan otras estructuras, solo el quiste, también podemos descartar lo que es el endometrioma ya que la paciente tampoco cuenta con historia clínica de haberse producido una endometriosis y al momento de la ecografía no se observa otro tipo de tejido, el que más se podría acercar a ser el quiste en este caso sería el quiste no

funcional cistoadenoma ya que al producirse en las células superficiales encajaría en el diagnóstico de imágenes de ser un quiste para ovárico, además por el tamaño que presenta y por la cantidad de tiempo que nos menciona la paciente, también nos orienta a este diagnóstico, cuando estos llegan a tener un tamaño grande y no cesan los dolores se opta por una cirugía como la quistectomía laparoscópica para la extirpación de este quiste. Como vemos la evolución de la paciente fue muy favorable ya que en la cirugía no se presentaron complicaciones, la pérdida de sangre fue muy baja (50cc) y la operación fue exitosa, la paciente se recuperó rápidamente y se le pudo dar de alta al 2 día de postoperatorio ya que la paciente se encontraba hemodinámicamente estable y leve dolor de la herida operatoria (18,19).

Caso clínico n.º 3

Se presenta un caso en el servicio de Obstetricia con poca revisión clínica debido a que es un caso considerado poco frecuente siendo el embarazo ectópico; siendo más raro aún en su variedad de cicatriz operatoria antigua (cesareada anterior), en este tipo de casos es necesario un buen entrenamiento por parte del ginecólogo para poder saber diagnosticar esta patología. Se presenta el caso típico de embarazo ectópico: dolor abdominal, sangrado vaginal, y examen de laboratorio siendo la gonadotropina coriónica humana subunidad beta, estando en valores para sospechar de gestación. Lo llamativo es que durante el estudio realizado a la paciente no se evidencia saco gestacional en cavidad uterina, sino que este se estaba desarrollando en la cicatriz operatoria antigua de cesárea. El manejo actual dependerá del estado hemodinámico de la paciente, del tamaño del saco gestacional y de los valores de la hormona gonadotropina coriónica humana; paciente recibe como esquema de tratamiento farmacológico Metotrexate, por no presentar alteración o compromiso hemodinámico, con dosis según esquema de 1 miligramo por kilo de peso como dosis única, obteniéndose resultados favorables ya que dentro de su analítica de laboratorio la hormona gonadotropina coriónica humana iba en descenso. Cabe mencionar que existen criterios ecográficos para el diagnóstico de gestaciones en cicatriz operatoria siendo: cavidad uterina y canal endocervical vacíos; detección de la placenta /saco gestacional implantado en cicatriz de la histerotomía; capa

miometrial delgada o ausente entre saco gestacional y vejiga; canal cervical cerrado y vacío, sin contacto con el saco gestacional; y el ultimo criterio vascularización al Doppler color (20, 21).

Caso clínico n.º 4

La enfermedad de Paget mamaria es una alteración poco frecuente, caracterizada por cambios en el área del pezón-areola, que puede asociarse con carcinoma de mama in situ o invasor. En este caso en particular la paciente empieza con las manifestaciones desde hace 2 años, cuando empieza a presentar descamación y eritema de la areola mamaria, como la manifestación clínica típica de enfermedad de Paget, se le realizan estudios como RM de mamas, biopsia, ecografía de mamas y mamografía para confirmar el diagnóstico presuntivo, por el cual se decide realizarse como tratamiento una mastectomía total, con este caso llegamos a la conclusión que el conocimiento de la enfermedad de Paget mamaria es muy importante clínicamente, porque es una afección poco frecuente, que debe ser tomado en consideración en el diagnóstico diferencial de lesiones benignas del complejo areola-pezón y cuyas manifestaciones nos llevan a realizar los estudios necesarios para descartar el diagnóstico de carcinoma de mama (22, 23).

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico se lleva a cabo mediante un convenio entre nuestra universidad y la Dirección de Sanidad Policial (Dirsapol), siendo el órgano de soporte del más alto nivel de atención de salud que tiene por misión, desarrollar actividades de Atención Integral de Salud, con énfasis en la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud del personal policial y familia.

La profesión médica es percibida como una temporada de arduo entrenamiento que en muchos casos requiere sacrificios; en múltiples oportunidades descuidando tiempo para estudiar, comer o descansar.

La Percepción desde el campo clínico actual, continúa siendo como excelente, ya que muchos desarrollaron mejor juicio clínico y madurez profesional.

Si bien existen evidentes diferencias entre las sedes hospitalarias docentes que ofrecen plazas de internado, en cuanto a su lugar de emplazamiento, su duración, papel de la investigación en la formación del futuro médico y de la práctica en salud comunitaria, entre otros aspectos, el interno de medicina no tiene forma oficial alguna de acceder a dicha información. Por lo general esta se transmite de persona a persona, por internos ya egresados, o por recomendaciones de docentes que laboran en alguno de ellos.

CONCLUSIONES

El Internado es considerado una etapa de formación que duró 10 meses la misma que mediante el uso de juicio crítico, analítico y medicina basada en evidencia se consolidan los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos en las aulas de universidad.

El internado médico incentiva a aproximarse al diagnóstico, tratamiento y pronóstico del personal policial y sus familiares, lo cual contribuye en la mejora de la calidad de vida individual y colectiva, basándose en lo adecuado y elaborando una Historia Clínica con información ordenada, clara y relevante, así como actualizaciones en conocimiento científico.

Las instalaciones e infraestructura del Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz, aportaron grandes elementos para el desarrollo de actividades académicas en el desarrollo y adquisición de nuevos conceptos los mismos que se aplicaron en la vida diaria reflejados en la evolución satisfactoria de cada uno de nuestros pacientes.

Resulta muy importante la necesidad de crear y desarrollar un sistema de información institucional, apoyado por nuestra universidad y los organismos reguladores, para que pueda brindar información adecuada sobre las fortalezas y debilidades de cada plaza.

RECOMENDACIONES

Demostrar una actitud humanizada en el actuar con los pacientes, familiares, personal de servicios y equipo de salud.

Realizar procedimientos ya sean diagnósticos y terapéuticos de tal manera que esta sea segura para el paciente y de acuerdo con los recursos que se encuentren disponibles, aplicando principios científicos y noción ética.

Identificar población de riesgo o vulnerable, de manera pronta y oportuna, para reconocer alguna patología que ponga en riesgo la salud.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Poma Gálvez Jonnathan. Diarrea disenterica en niños: el uso de antibioticos según la encuesta demográfica y de salud familiar - Endes 2011. Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2012 Oct [citado 2023 Abr 14] ; 32(4): 429-429. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292012000400015&lng=es.
2. Hernández R, Daza A, Marín J. Infección urinaria en el niño (1 mes-14 años). En: Asociación Española de Pediatría (ed.). Libro de Protocolos de Nefrología. Protocolos diagnósticos y terapéuticos de la AEP; 2008. p. 53-73 [en línea]. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/nefro/5.pdf>.
3. López Sastre JB, Coto Cotallo GD, Ramos Aparicio A, Crespo Hernández M. Infecciones del recién nacido. Libro del año de Pediatría. Madrid: Saned, 1994: 123-169.
4. Castillo Laita JA, De Benito Fernández J, Escribano Montaner A, Fernández Benítez M, García de la Rubia S, Garde Garde J, et al. Consenso sobre el tratamiento del asma en Pediatría. An Pediatr (Barc). 2007; 67: 253-73
5. GEMA5.0. Guía española para el manejo del asma. Ed. Luzán 5, S.A. Madrid 2020. Consultado el 15 octubre de 2020. Disponible en: www.gemasma.com.
6. Rodríguez Fernández Zenén. Tratamiento de la apendicitis aguda. Rev Cubana Cir [Internet]. 2019 Mar [citado 2023 Mar 30] ; 58(1): e737. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932019000100010&lng=es. Epub 30-Jun-2019.
7. Dubón Peniche María del Carmen, Ortiz Flores Anahí. Apendicitis aguda, su diagnóstico y tratamiento. Rev. Fac. Med. (Méx.). 2014 Ago ; 57(4): 51-57.

8. Ramos Loza Coral Marina, Mendoza Lopez Videla Jhosep Nilss, Ponce Morales Javier Alejandro. APLICACIÓN DE LA GUÍA DE TOKIO EN COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA. Rev. Méd. La Paz. 2018; 24(1): 19-26.
9. 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 2023 Mar 31] ; 89(1): 12-21. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2021000100012&lng=es. Epub 08-Nov-2021.
10. Paredes Méndez Juan Eloy, Fernández Luque Jorge Luis, Vargas Marcacuzco Henry Tomas, Alosilla Sandoval Paulo Aníbal, Gonzales Yovera Jhean Gabriel, Arenas Gamio José Luis. Características clínico-patológicas y manejo de tumores primarios de intestino delgado de localización yeyuno-ileal. Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2021 Oct [citado 2023 Mar 30] ; 41(4): 215-220. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292021000400215&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.47892/rgp.2021.414.1267>.
11. Sherman V, Macho JR, Brunicardi FC. Hernias inguinales. En: Brunicardi FCh, Andersen DK, Hunter JG, Billiar TR, Matthews JB, Dunn DL, editores. Schwartz. Principios de Cirugía. 9na ed. México: McGraw Hill Ediciones; 2011. p. 1305-1342.
12. Arap Jorge Abraham. Hernias inguinales y crurales (hernias de la ingle). Rev Cubana Cir. 2009 Jun; 48(2).
13. A.J. Camm, P. Kirchhof, G.Y. Lip, U. Schotten, I. Savelieva, S. Ernst, et al. Guías de práctica clínica para el manejo de la fibrilación auricular (2.a edición corregida). Rev Esp Cardiol, 63 (2010), pp. 1483
14. R. Peña, Pion M, Paz A. y Col. Insuficiencia Respiratoria Aguda, en APH, Colombia, Capitulo 32, en Rubiano A, Paz A: Fundamentos de Atención

Prehospitalaria 1a Edición, Editorial Distribuna, Bogotá, 2004.

15. LaMadridSA, FukudaFF, deMeritensAB, MencholaJV. Sensibilidad antibiótica de los gérmenes causantes de infecciones urinarias en pacientes ambulatorios en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Rev Soc. Per Med Inter.* 2004; 17:5-8.
16. FICA C ALBERTO. Celulitis y erisipela: Manejo en atención primaria. *Rev. chil. infectol.* [Internet]. 2003 [citado 2023 Mar 31]; 20(2): 104-110. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182003000200004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182003000200004>.
17. Albarracin CT, Baldewijns M, Lester SC. Paget disease of the breast. En: WHO Classification of Tumours Editorial Board. *Breast Tumours*, 5ta Ed. International Agency for Research on Cancer (IARC) Press, Lyon; 2019.
18. Nunes N, Ambler G, Foo X, Naftalin J, Widschwendter M, Jurkovic D. Use of IOTA simple rules for diagnosis of ovarian cancer: meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2014;44(5):503-14. doi:10.1002/uog.13437.
19. Meys EM, Kaijser J, Kruitwagen RF, Slangen BF, Van Calster B, Aertgeerts B, et al. Subjective assessment versus ultrasound models to diagnose ovarian cancer: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer.* 2016; 58:17-29. doi: 10.1016/j.ejca.2016.01.007.
20. Efficacy of Shirodkar cervical suture in securing hemostasis following surgical evacuation of Cesarean scar ectopic pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 30 (2017), pp. 95-100.
21. P. Marchiolé, F. Gorlero, G. de Caro, M. Podestà, M. Valenzano. Intramural pregnancy embedded in a previous Cesarean section scar treated conservatively. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 23 (2016), pp. 307-30.
22. Zhao Y, Sun HF, Chen MT, Gao SP, Li LD, Jiang H lin, et al.

Clinicopathological characteristics and survival outcomes in Paget disease: a SEER population-based study. *Cancer Med.* 2018;7(6):2307–18.

23. Gaurav A, Gupta V, Koul R, Dabas S, Sareen R, Geeta K, et al. Practical consensus recommendations for Paget's disease in breast cancer. *South Asian J Cáncer.* 2018;7(2):83–86.