

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL PNP

LUIS N SAENZ MARZO – DICIEMBRE 2023

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

CAMILA VICTORIA MALLMA ZAMBRANO

TIZIANA WINNIE GONZALES MUCHA

ASESOR

PEDRO TEODORO RABANAL GALDÓS

LIMA - PERÚ

2024



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA

HUMANA

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL PNP LUIS N SAENZ MARZO – DICIEMBRE 2023**

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

PRESENTADO POR

CAMILA VICTORIA MALLMA ZAMBRANO

TIZIANA WINNIE GONZALES MUCHA

ASESOR

MC PEDRO TEODORO RABANAL GALDÓS

LIMA, PERÚ

2024

JURADO

Presidente: DR. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Miembro: DR. JOHANDI DELGADO QUISPE

Miembro: DR. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo con profundo agradecimiento a nuestros padres, ejemplos de perseverancia y sacrificio. Su apoyo incondicional, tanto emocional como económico, fue crucial para alcanzar este logro académico. Agradecemos a nuestras familias por su apoyo constante en cada paso del camino y a nuestros amigos por ser nuestro soporte emocional y fuente de conocimientos. A los dedicados docentes que guiaron nuestra formación académica y profesional, ampliando nuestra pasión por la medicina. Reconocemos a los pacientes del internado por su confianza y motivación. Este logro es compartido con cada persona que nos acompañó, incluyendo a aquellos familiares que nos acompañan espiritualmente.

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a los doctores Edilberto Temoche Espinoza y Rudy Vásquez Esqueche, así como a nuestro estimado asesor Pedro Rabanal Galdós por su inestimable apoyo en la realización de nuestro trabajo de suficiencia profesional.

Su experiencia, orientación y dedicación fueron fundamentales para alcanzar los objetivos propuestos. La calidad de su guía y la disposición constante para responder nuestras preguntas no solo facilitaron el proceso, sino que también enriquecieron significativamente nuestro aprendizaje.

Estamos profundamente agradecidos por la generosidad con la que compartieron sus conocimientos y tiempo, contribuyendo de manera invaluable a nuestro crecimiento académico y profesional.

Este logro no habría sido posible sin su valioso respaldo. Apreciamos sinceramente su compromiso y estamos agradecidas por haber tenido el privilegio de contar con su asesoramiento.

Nuevamente, gracias por su invaluable contribución a nuestro proyecto y por ser fuentes de inspiración en nuestro camino académico.

Atentamente,

Mallma Zambrano, Camila Victoria y Gonzales Mucha, Tiziana Winnie

ÍNDICE

RESUMEN	i
ABSTRACT	ii
INTRODUCCIÓN	iv
I. CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
I.1 Rotación en Ginecología y Obstetricia	1
Caso clínico n.º 1	1
Caso clínico n.º 2	4
Caso clínico n.º 3	7
Caso clínico n.º 4	9
I.2. Rotación en Medicina Interna	12
Caso clínico n.º 1	12
Caso clínico n.º 2	14
Caso clínico n.º 3	16
Caso clínico n.º 4	18
I.3. Rotación en Pediatría	20
Caso clínico n.º 1	20
Caso clínico n.º 2	22
Caso clínico n.º 3	23
Caso clínico n.º 4	26
I.4. Rotación en Cirugía General	29
Caso clínico n.º 1	29
Caso clínico n.º 2	31
Caso clínico n.º 3	33
Caso clínico n.º 4	36
II. CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE REALIZÓ LA EXPERIENCIA	39
III. CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	41
IV. CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	60
CONCLUSIONES	61
ANEXOS	73

RESUMEN

Objetivo: Evidenciar la experiencia y conocimientos alcanzados a través de la sustentación de casos clínicos de las cuatro rotaciones del internado médico. **Materiales y métodos:** Presentación de casos clínicos de patologías de interés que se obtienen de la revisión de historias clínicas del hospital donde realizamos el internado médico. **Resultados:** Esta fase, equivalente a las prácticas preprofesionales en otras disciplinas, se conoce como el internado médico y representa un período de práctica constante, crecimiento personal y desarrollo profesional. Durante este proceso, los futuros médicos consolidan los conocimientos adquiridos durante su formación académica y los aplican en situaciones prácticas para prepararse para su eventual ejercicio médico. **Conclusión:** Los internos de medicina humana conforman un papel fundamental ya que se encuentran en la tarea de no solo estudiar, sino también de asumir la gran responsabilidad de atender y tratar a los pacientes en base a todo lo aprendido durante los últimos los académicos.

Palabras clave: casos clínicos, internado médico, prácticas preprofesionales, medicina humana.

ABSTRACT

Objective: To demonstrate the experience and knowledge gained through the presentation of clinical cases during the four rotations of the medical internship.

Materials and Methods: Presentation of clinical cases of relevant pathologies obtained from the review of medical records at the hospital where the medical internship is conducted.

Results: This phase, equivalent to pre-professional practices in other disciplines, is known as the medical internship and represents a period of constant practice, personal growth, and professional development. During this process, future physicians consolidate the knowledge acquired during their academic training and apply it in practical situations to prepare for their eventual medical practice.

Conclusion: Human medicine interns play a crucial role as they are tasked not only with studying but also with taking on the significant responsibility of caring for and treating patients based on everything learned throughout their academic years

Keywords: Clinical cases, medical intership, pre-professional practices, human medicine.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL NACIONAL PNP LUIS N
SAENZ MARZO – DICIEMBRE 2023**

AUTOR

**MALLMA ZAMBRANO CAMILA VICTORI
A**

RECUENTO DE PALABRAS

17171 Words

RECUENTO DE CARACTERES

101448 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

83 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

274.9KB

FECHA DE ENTREGA

Feb 22, 2024 3:29 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Feb 22, 2024 3:31 PM GMT-5

● **20% de similitud general**

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

- 20% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



Dr. Pedro Teodoro Rabanal Galdos
DNI: 16795642
ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-5064-3263>

INTRODUCCIÓN

El internado médico comenzó el 1 de marzo de 2023 en el Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, catalogado como un hospital de nivel III-1, ubicado en la cuadra 26 de la avenida Brasil, en el distrito de Jesús María. Durante los meses de mayo y junio de 2023 se inauguró el Nuevo Pabellón denominado Proyecto de Inversión Pública N°1 (PIP I) en la parte posterior del Hospital Histórico y cuyo acceso principal se encuentra en la avenida De La Policía 305. Esta nueva instalación hospitalaria alberga consultorios de diversas especialidades, áreas de procedimientos, sala de operaciones, anatomía patológica, UCI general, UCI pediátrica, y unidades de hospitalización.

Esta etapa final de formación médica, conocida como internado, es crucial porque pone a prueba todos los conocimientos teóricos adquiridos en los primeros seis años de la carrera, además que ayudó a consolidar valores como el respeto, responsabilidad, empatía, prudencia y humildad. Durante el internado médico, se llevaron a cabo rotaciones en las cuatro grandes especialidades básicas que todo médico general debería conocer y tratar. Estas áreas son: Gineco-obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y Cirugía General

La primera rotación, fue Ginecología y Obstetricia. En el área obstétrica se evaluó el control prenatal en las gestantes, se reconoció y determinó el riesgo obstétrico. En el área de emergencia se abordaron patologías como amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino, preeclampsia, embarazo ectópico, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, corioamnionitis, ruptura prematura de membranas y distocias de la labor de parto, entre otras. También se adquirieron nociones sobre el uso del ecógrafo en ecografías transvaginales u obstétricas, ecografía Doppler, ecografía genética, ecografía morfológica. Asimismo, esta área cuenta con consultorio de Fertilidad, brindando y haciendo seguimiento a casos donde se hace dificultoso concebir; actualmente se cuenta con área de ginecología oncológica la cual realiza cirugías de alta complejidad como tumores de mama, útero y anexiales.

En la segunda rotación, Medicina Interna, se realizó y puso en práctica la correlación de signos y síntomas a través de la evaluación clínica para hacer adecuadas presunciones diagnósticas, con posterior tratamiento de las diferentes patologías que aquejan a la población en general. Además, aprendimos a reconocer la importancia de la empatía en el cuidado de la salud al dedicar tiempo al escuchar a cada uno de los pacientes, sus preocupaciones y comprender sus experiencias. Esta atención afectiva no solo promueve el bienestar emocional del paciente, sino que también impacta positivamente en su recuperación. Asimismo, en el área de urgencias y emergencias del servicio de medicina interna, se atendieron enfermedades como neumonías intra y extrahospitalarias, cetoacidosis diabética, crisis hipertensivas, hemorragias digestivas, entre otras.

La tercera rotación fue en el área de Pediatría, donde se evaluó el crecimiento y desarrollo de los niños, centrándose especialmente en emergencias. Se diagnosticaron, clasificaron y trataron oportunamente patologías como diarreas agudas infecciosas, asma, neumonías, convulsiones febriles y enfermedades exantemáticas. En el servicio de Neonatología, se brindó atención inmediata a los recién nacidos, se realizó tamizaje neonatal, se aseguró el cumplimiento del esquema de vacunación y se reconocieron los signos de alarma en los neonatos.

La última rotación fue en el servicio de Cirugía General, donde se aprendió a realizar un buen examen físico, dado que muchos de los diagnósticos quirúrgicos son clínicos. También se identificó aquel paciente que realmente necesitaba un abordaje quirúrgico de emergencia, como en casos de apendicitis aguda, colecistitis aguda, obstrucción intestinal, hernia incarcerada/ trombosada, hemorroides trombosadas, entre otros. Además, se tuvo la oportunidad de asistir en sala de operaciones al médico especialista, ya sea como ayudante o instrumentista en la cirugía tanto laparoscópica como en cirugías abiertas incluyendo las patologías oncológicas, lo que nos permitió comprender los cuidados pre y postoperatorios de cada paciente.

I. CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

A continuación, se describen 16 casos clínicos que contribuyeron al proceso de aprendizaje y al desarrollo de habilidades clínico-quirúrgicas durante las cuatro rotaciones. Estos casos forman parte de la experiencia adquirida durante el internado en el Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, durante el periodo de marzo a diciembre de 2023.

I.1 Rotación en Ginecología y Obstetricia

La primera rotación del internado comenzó el 1 de marzo y concluyó el 15 de mayo de 2023.

Caso clínico n.º 1

Paciente mujer de 29 años con 31 semanas de gestación, procedente del distrito de Jesús María, acude por emergencia del servicio de gineco-obstetricia refiriendo un tiempo de enfermedad aproximado de 1 día caracterizado por contracciones uterinas (frecuencia: 1 en 10 minutos) y dolor abdominal difuso tipo cólico de presentación esporádica que se irradia a zona lumbar, niega pérdida de líquido, percibe movimientos fetales, niega sangrado vaginal, niega molestias urinarias.

- Antecedentes gineco obstétricos

Tabla 1. Antecedentes gineco-obstétricos

Menarquia	13 años
Régimen Catamenial:	6/Irregular
Inicio de relaciones sexuales:	19 años
Número de parejas sexuales:	1
Última relación sexual:	Hace 1 mes
Menarquia:	13 años

FUR:	05/08/22, al momento sin ningún método anticonceptivo
Fórmula obstétrica:	G2 P1001 - G1 2017 Parto eutócico (PE). Peso: 3600gr. EG: 35ss - G2 2023 actual EG x UR: 31ss
FPP:	12/05/23

- Funciones vitales:

Tabla 2. Funciones Vitales

PA	100/65 mmHg
FC	80 lpm
FR	16 rpm
T°	36.8 °C
SatO2	98 %

PA: Presión Arterial, FC: Frecuencia Cardíaca, FR: Frecuencia Respiratoria, T°: Temperatura, SatO2: Saturación de Oxígeno

- Al examen físico preferencial:

Tabla 3. Examen físico preferencial

Abdomen:	Grávido. Altura uterina: 28cm, SPP: Longitudinal cefálico izquierdo, Movimientos fetales: ++/+++. Dinámica uterina: (1 contracción cada 10 minutos. Duración de cada contracción: más de 30 seg). Latidos cardíacos fetales: 145 por minuto.
----------	--

Genitales Externos:	Acorde a edad y sexo, no lesiones, no sangrado.
Especuloscopia:	Cérvix epitelizado, no sangrado vaginal activo, no flujo vaginal, no pérdida de líquido, cérvix posterior, orificio cervical externo cerrado. No modificación cervical, no sangrado en dedo de guante.

El diagnóstico presuntivo es

1. Secundigesta de 31ss x FUR

2. Amenaza de parto pretérmino

- Plan de trabajo: Se solicita ecografía transvaginal, hemograma, glucosa, urea, creatinina, examen completo de orina

- Reevaluación

Informe de Ecografía Transvaginal: Se evidencia cervicometría de 18.7mm. Por lo que estaríamos frente al diagnóstico de Cérvix corto.

- Plan:

1. Es hospitalizada para manejo y control del embarazo:
2. Reposo absoluto en decúbito lateral izquierda
3. Hidratación: Cloruro de sodio al 0.9 % x 1000cc
4. Se inicia tocólisis con bloqueadores de canales de calcio: Se administra nifedipino (10-20 mg VO cada 20 minutos hasta en 3 oportunidades, luego 10 mg cada 4 horas el primer día y 10 mg cada 8 horas por 6 días más)
5. Se mantiene suplementación con multivitamínicos, y se inicia administración de progesterona 200 mg diario (vía vaginal) con el fin de prevenir el parto pretérmino a través de 2 mecanismos: Aumenta las concentraciones séricas de la progesterona y como antiinflamatorio. Todo esto con el fin de prolongar la gestación hasta un mínimo de 37 semanas.

6. Administración de corticoides para maduración pulmonar fetal (betametasona 12 mg IM c/24 horas por dos dosis).

Se realiza control a través de ecografía para medir longitud cervical.

Después de 48 horas sin contracciones y paciente deambuladora es dada de alta y se le informa de signos de alarma, más concurrencia por consultorio externo de Obstetricia para control prenatal.

Caso clínico n.º 2

Paciente mujer de 32 años, procedente del distrito de Puente Piedra, ingresa por emergencia del servicio de Gineco-obstetricia refiriendo un tiempo de enfermedad de 24 horas aproximadamente en el cual presenta sangrado vaginal de regular cantidad (4 toallas higiénicas diarias, equivalente a 240 ml aproximadamente por día), progresando en volumen, así como de coloración pasando de ser rojo oscuro a rojo rutilante, niega otras molestias.

- Antecedentes Gineco obstétricos:

Tabla 4. Antecedentes gineco-obstétricos

Menarquia:	12 años
Régimen Catamenial:	6/Regular
Inicio de Relaciones Sexuales:	17 años
Número de Parejas Sexuales:	3
Última Relación Sexual:	Hace 3 días
Cirugías previas:	Ooforectomía izquierda

Fórmula Obstétrica:	G3 P1011: G1: 2012 Aborto completo G2: 201 CSTP por Trabajo de parto diferido G3: actual
Fecha de Última regla:	25/02/23 (hace 7 semanas)

- Funciones vitales:

Tabla 5. Funciones Vitales

PA	110/75 mmHg
FC	88 lpm
FR	19 rpm
T°	36.3 °C
SatO2	98 %

- Al examen físico preferencial:

Tabla 6. Examen físico preferencial

Abdomen:	No distendido, RHA +, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no reacción peritoneal
Genitales Externos:	Acorde a edad y sexo, no lesiones, no sangrado
Especuloscopia:	Cérvix epitelizado, restos de sangrado en fondo de saco vaginal, no sangrado activo, orificios cerrados.

Tacto vaginal:	Cérvix posterior, no dolor a la movilización de cuello, no dolor a la palpación superficial, no sangrado en dedo de guante
----------------	--

El diagnóstico presuntivo es:

1. Gestación inicial Vs aborto ovular
2. Amenaza de aborto
3. Sangrado uterino anormal
 - Plan de trabajo: Se solicita ecografía transvaginal, hemograma, glucosa, urea, creatinina, perfil de coagulación y BHCG.
 - Reevaluación

Informe de Ecografía Transvaginal: Útero retroversoflexo (RVF) de 79.7 x 42.5 x 59.4 mm, endometrio 5.79 mm, ovario izquierdo: Ausente por antecedente quirúrgico, ovario derecho: 3x37.2x44 mm, se evidencia quiste multilobulado mayor de 24mm.

Los resultados de laboratorio no presentan alteración alguna, a excepción de la BHCG con un valor de 13 693.7 mIU/mL

Diagnóstico:

1. Gestación de localización incierta
2. Quiste complejo de ovario derecho.

Es hospitalizada en el servicio de Obstetricia para manejo médico de gestación ectópica.

Se administra esquema de multidosis: Metotrexato 1 mg/kg intramuscular (IM) en los días 1°,3°,5° y 7° alternados con ácido fólico 50 mg IM, más control de beta HCG cada 48 horas.

Control de gonadotropina coriónica fracción beta (HCG- beta):

19/03/23: 13 693.7 mIU/ml

20/03/23: 22 519.7 mIU/ml

22/03/23: 30 869.4 mIU/ml

27/03/23: 44 435.1 mIU/ml

Posteriormente se decide realizar ecografía transvaginal donde se evidencia saco gestacional de 2.5cm en cicatriz uterina, sin presencia de latidos

cardiacos, por lo que se opta por continuar con administración de metotrexato.

31/03/23: 36 866 mIU/ml

01/04/23: 32 195.8 mIU/ml.

03/04/23: 5885.2 mIU/ml.

Cumplido su tratamiento en el esquema de múltiples dosis con metotrexato y realizar una ecografía transvaginal se opta por tratamiento quirúrgico:

- Operación: Legrado uterino + extracción de embarazo ectópico de cicatriz uterina

- Hallazgos:

1. Útero RVF 78 x 69 x 76 mm lateralizado a la derecha, histerometría indirecta de 78 mm.

2. Se obtiene saco gestacional de 15 mm

Paciente tolera acto quirúrgico y es dada de alta al siguiente día. Se le entrega concurrencia para consultorio externo de Ginecología para manejo de quiste de ovario derecho.

Caso clínico n.º 3

Paciente mujer de 62 años, procedente del distrito de Villa María del Triunfo, con antecedente de constipación crónica, acude a la emergencia con un tiempo de enfermedad real de 6 meses aproximadamente en el cual presenta protrusión de una masa que sobrepasa introito vaginal, el cual se reduce espontáneamente al acostarse o sentarse pero que hace 4 días dicha masa no reduce y genera malestar urinario. Asimismo, refiere que presenta dificultad para retener la orina, y que al toser presenta escapes de orina, lo que dificulta sus actividades diarias e interfiere con vida social.

- Antecedentes Gineco obstétricos:

Tabla 7. Antecedentes Gineco-obstétricos

Menarquia:	11 años
Régimen Catamenial:	4/Regular

Inicio de relaciones sexuales:	13 años
Número de parejas sexuales:	2
Última relación sexual:	hace 1 mes
Fecha última regla:	49 años
Cirugías previas:	Histerectomía vaginal (2010) por NM cérvix
Fórmula obstétrica:	G6 P5106 G1: 1988 Parto eutócico. Peso: 3600 g G2: 1992 Parto eutócico. Peso: 3500 g G3: 1997 Parto eutócico. Peso: 4100 g G4: 1999 Parto eutócico. Peso: 3000 g G5: 2004 Parto eutócico. Peso 3900 g G6: 2007 Parto eutócico. Peso: 3300 g

- Funciones vitales:

Tabla 8. Funciones Vitales

PA	125/75 mmHg
FC	87 lpm
FR	17 rpm
T°	36 °C
SatO2	96 %

Talla: 1.48cm Peso: 76kg (IMC: 34.7)

- Al examen físico preferencial:

Tabla 9. Examen físico preferencial

Abdomen:	Batraciano, no distendido, RHA +, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no reacción peritoneal
Genitales Externos:	No lesiones, ni sangrado. Se evidencia protrusión de vejiga a nivel de introito vaginal a la maniobra de Valsalva.
Tacto vaginal:	Se logra reducir manualmente el tejido prolapsado. POPQ: Ba: +1 LTV: 7cm

El diagnóstico definitivo es

1. Distopia genital: cistocele grado II POPQ Ba+1
2. Incontinencia urinaria: de esfuerzo
3. Obesidad grado I

- Plan de trabajo médico

1. Ejercicios de Kegel / uso de pesarios
2. Corrección de estreñimiento y alimentación: Concurrencia para consultorio externo de Nutrición para iniciar dieta (consumo de fibra) y actividad física
3. Estriol 0.2 % tópico

Mientras se hace efectivo el manejo conservador, se prepara a la paciente para manejo quirúrgico electivo (colpoplastia anterior).

Caso clínico n.º 4

Paciente mujer de 28 años, procedente del distrito de El Agustino, la misma que refiere tener un tiempo de enfermedad de 3 semanas caracterizado por dolor vaginal durante las relaciones coitales con su pareja lo que ha ocasionado problemas familiares y ansiedad. Ingresó por Emergencia del HN PNP LNS por presentar dolor abdominal inferior de gran intensidad sin irradiación que no mejora con analgésicos asociado a sangrado vaginal aproximada de más de 4 toallas higiénicas por día con una duración de más de 2 semanas.

- Antecedentes Gineco obstétricos:

Tabla 10. Antecedentes Gineco-obstétricos

Menarquia:	12 años
Régimen Catamenial:	6/Irregular
Inicio de Relaciones Sexuales:	13 años
Número de Parejas Sexuales:	5
Última Relación Sexual:	Hace 3 días
Cirugías previas:	Cesárea Segmentaria Transversa Primaria
Fórmula Obstétrica:	G1 P1011: G1: 2020 Cesárea Segmentaria Transversa x Preeclampsia con signos de severidad. Peso: 3.100g
Fecha de Última regla:	06/04/23

- Funciones vitales:

Tabla 11. Funciones Vitales

PA	90/70 mmHg
FC	98 lpm
FR	21 rpm
T°	39.3 °C
SatO2	98 %

- Al examen físico:

Tabla 12. Examen físico preferencial

Piel y faneras:	Caliente, elástica, hidratada, llenado capilar <2 segundos, palidez marcada en piel y conjuntivas.
Abdomen:	Plano, no distendido, RHA +, blando, depresible, doloroso a la palpación en el hipogastrio de gran intensidad (++/+++), se palpa masa blanda, adherida a planos profundos y dolorosa en fosa iliaca izquierda, rebote (-), Mc Burney (-), Dunphy (-)
Genitales Externos:	No lesiones, ni sangrado.
Especuloscopia:	Cérvix epitelizado, orificios cerrados, se evidencia restos de sangrado oscuro
Tacto vaginal:	Cérvix posterior, dolor a la movilización del cérvix, dolor a la movilización de anexo izquierdo.

- Diagnóstico presuntivo:

1. Enfermedad inflamatoria pélvica

- Plan de Trabajo: Se solicita Hemograma, Volumen de sedimentación globular, PCR, BHCG; se solicita ecografía transvaginal. Reevaluación con resultados

- Se reevalúa con resultados de exámenes auxiliares

Exámenes de laboratorio: Hemograma: Se evidencia leucocitosis ($16.33 \times 10^3/uL$) con predominio neutrofílico ($16.29 \times 10^3/uL$), además de anemia leve con hemoglobina: 10.3 g/dL, Plaquetas y linfocitos con valores dentro de los rangos normales ($209 \times 10^3/uL$, $1.63 \times 10^3/uL$, respectivamente), Velocidad de sedimentación: 23 mm/h, Proteína C reactiva inflamatoria: 9.8 mg/dL. BHCG sérico: <2mUI/l

- Examen de imagen

Ecografía Transvaginal: Útero de 72mmx54mmx43mm, RVF, Anexo derecho: 54mmx38mmx41mm. Volumen 44cc. Anexo izquierdo: 67mmx33mmx39mm
Trompas: se evidencia dilatación de las trompas con presencia de contenido

anecogénico. Fondo de saco de Douglas: Presencia de líquido libre de 35cc.

- Diagnóstico definitivo:

1. Enfermedad Inflamatoria Pélvica grado II

- Plan de trabajo:

1. Se hospitaliza para monitorización y tratamiento antibiótico por vía endovenosa
2. Se le indica: Ceftriaxona 2 gr EV cada 24 horas + Doxiciclina 100 mg EV cada 12 hrs + Metronidazol 1,5 g EV cada 24 hrs + Metamizol 1gr EV condicional a fiebre >38 °C
3. Evitar las relaciones sexuales y tratar a pareja sexual dentro de los 60 días post contacto sexual con: Ceftriaxona 250mg IM (monodosis) + Doxiciclina 100mg VO cada 12hrs por 14días + Metronidazol 500mg VO cada 12hrs por 14 días.

Si se evidencia mejoría clínica a las 24hrs de tratamiento endovenoso, se puede reemplazar la Doxiciclina por vía oral y continuar tratamiento domiciliario. Además, se le da concurrencia para servicio de consultorio externo de Ginecología para control.

I.2. Rotación en Medicina Interna

La rotación en Medicina Interna comenzó el 16 de mayo y finalizó el 31 de julio, incluyendo la rotación en hospitalización como en emergencia.

Caso clínico n.º 1

Paciente de sexo femenino de 52 años, con un tiempo de enfermedad de 2 días, acude a la emergencia refiriendo náuseas, vómitos, asociado a molestias urinarias (disuria, tenesmo vesical), que le genera malestar general. El paciente refiere haber presentado un cuadro febril cuantificado en 39 °C, que disminuyó tras la toma de antipirético por vía oral. Un día antes del ingreso menciona que se agrega dolor lumbar de moderada intensidad (7/10) a predominio derecho. Debido a la persistencia de los síntomas acude por emergencia.

- Antecedentes personales: Litiasis renal (hace 9 años)
- Funciones vitales

Tabla 13. Funciones Vitales

PA	100/60 mmHg
FC	96 lpm
FR	18 rpm
T°	39.2 °C
SatO2	98 %

- Al examen físico

Tabla 14. Examen físico

Piel y faneras:	Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos.
Aparato cardiovascular:	Ruidos cardiacos rítmicos (RCR), buena intensidad, no soplos
Tórax y pulmones:	Murmullo vesicular (MV) pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados
Abdomen:	No distendido, blando, depresible, leve dolor a la palpación profunda en hipogastrio, no reacción peritoneal
Genitourinario:	PPL positivo, PRU medio e inferior positivos
Sistema nervioso central:	Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, (LOTEP) escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos.

El diagnóstico presuntivo es

1. Infección del tracto urinario
 2. D/C Pielonefritis.
 3. Litiasis renal por antecedente
- Plan de trabajo: Se solicita hemograma, glucosa, urea, creatinina, examen completo de orina, proteína C Reactiva, y urocultivo. Además de ecografía vesico-renal.
 - Terapéutica: Se coloca una vía salinizada y se inicia hidratación con cloruro de sodio, omeprazol y metamizol, se decide no iniciar cobertura antibiótica hasta obtener los resultados de laboratorio.

Se reevalúa a paciente con resultados

Examen de orina: patológico, siendo lo más resaltante leucocitos 1870 /ul y nitritos positivos.

Hemograma completo: Se evidencia leucocitosis ($13 \times 10^3/\mu\text{L}$), con niveles de plaquetas: y hemoglobina dentro de los rangos normales ($254 \times 10^3/\mu\text{L}$, 11.7 g/dL, respectivamente) Proteína C reactiva: 7.3 mg/dL, glucosa: 100 mg/dl, Creatinina 0.85 mg/dl, urea 23.5 mg/dl

Ecografía vesico-renal: Litiasis renal bilateral con leve hidronefrosis derecha. Por lo que se inició cobertura antibiótica con ceftriaxona 1gr (2 ampollas) vía endovenosa (EV) cada 24 hrs, omeprazol 40 mg EV cada 24 hrs, metamizol 1 gr + cloruro de sodio 100 ml cada 8 hrs, dimenhidrinato 50 mg en caso de presentar náuseas y tramadol 100 mg EV condicional a dolor moderado.

Durante estancia hospitalaria, se obtiene resultado de urocultivo, siendo este positivo para Proteus Sp. Sensible a Ceftriaxona, por lo que se mantiene cobertura.

Paciente presenta mejoría con esquema antibiótico (Ceftriaxona 2 gr vía endovenosa cada 24 horas) y es dada de alta a los 10 días.

Caso clínico n.º 2

Paciente varón de 62 años, acude a emergencia con tiempo de enfermedad de 7 días caracterizado por presentar aumento de volumen en región tibial anterior de miembro inferior izquierdo, asociado a eritema de bordes poco definidos, aumento de temperatura local, rubor, dolor al tacto, niega fiebre, y

refiere ausencia de dolor a la deambulaci3n. Paciente menciona automedicaci3n con cefalexina 500 mg y paracetamol 500 mg v3a oral ma1ana, tarde y noche, sin evidenciar mejor3a alguna, por lo que decide colocarse un ungüento recomendado por su vecina; sin embargo, el cuadro se exagera al agregarse lesiones ampollosas en la zona afectada y presentar picos febriles de 38.3 3C.

- Antecedentes personales: Hipertensi3n Arterial, Prediabetes

- Funciones vitales

Tabla 15. Funciones Vitales

PA	140/80 mmHg
FC	68 lpm
FR	19 rpm
T°	38.5 3C
SatO2	98 %

- Al examen f3sico preferencial:

Tabla 16. Examen f3sico preferencial

Miembro izquierdo:	inferior	Lesi3n eritematosa de bordes poco definidos de aproximadamente 12 x 10 cm en regi3n tibial anterior de miembro inferior derecho, asimismo se evidencia lesiones ampollosas, signos de flogosis, leve dolor al tacto.
--------------------	----------	--

- Plan de trabajo: Se solicita Hemograma, PCR, glucosa, urea y creatinina, Velocidad de sedimentaci3n globular.

Exámenes de laboratorio: En el hemograma se evidenci3 leucocitosis (19.27 x10e3/uL), a predominio de neutr3filos; Hemoglobina y plaquetas dentro de rangos normales (13.3 g/dL y 308x10e3/uL, respectivamente), Velocidad de

sedimentación globular: 31 mm/h, PCR: 4.8 mg/dL; así como valores elevados de glucemia 271 mg/dl, Urea: 56.8 mg/dL, Creatinina dentro de valores normales.

El diagnóstico presuntivo es

1. Celulitis en miembro inferior derecho
 2. Hipertensión arterial por antecedente
- Plan: Se hospitaliza para manejo antibiótico endovenoso
 - Terapéutica
 1. Dieta hiposódica e hipoglúcida
 2. Oxacilina 1g: 2 ampolla (AMP) vía endovenosa (EV) c/4 hrs
 3. Clindamicina 600 mg EV c/8hrs
 4. Metamizol 1 g EV PRN a dolor intenso o T >38.5°C
 5. Omeprazol 40 mg 01 AMP c/24 hrs
 6. Enoxaparina 60 mg SC c/24 hrs
 7. Enalapril 20 mg vía oral (VO) c/12 horas
 8. Amlodipino 5 mg VO c/24 horas
 9. Insulina a escala de corrección (Anexo 1)
 10. Dextrosa 33.3 % 20 ml 3 AMP condicional a glicemia <70 mg/dl

Paciente presenta mejoría durante la primera semana de terapia antibiótica, por lo cual, se decide su alta con cobertura antibiótica vía oral, con Clindamicina 300 mg cada 8 horas por 3 días más.

Caso clínico n.º 3

Paciente varón de 46 años, acude a emergencia refiriendo que tras realizar un movimiento brusco en su domicilio presenta dolor en región lumbar de gran intensidad 9/10, tipo punzada, el cual dificulta la deambulaci3n, asimismo, manifiesta que dolor se irradia hacia miembro inferior derecho asociado a parestesias. Añade que tuvo un cuadro similar hace un par de años, y que se dedica a la construcci3n. Niega náuseas, niega v3mitos, niega sensaci3n de alza térmica, niega otras molestias.

- Antecedentes personales: Niega

- Antecedentes quirúrgicos: Niega
- RAMS: Niega
- Funciones vitales

Tabla 17. Funciones vitales

PA	110/80 mmHg
FC	75 lpm
FR	18 rpm
T°	36.3 C°
SatO2	98 %
FiO2	0.21

- Al examen físico preferencial

Tabla 18. Examen físico preferencial

Genitourinario:	PPL: negativo, PRU: negativos
Miembro inferior derecho:	Dolor a la digito presión en glúteo derecho a nivel zona media. Signo de Lasegue: Positivo, Signo de Bragard: Positivo

Se plantea el diagnóstico

1. Lumbociatalgia de miembro inferior derecho

- Tratamiento

1. Diclofenaco 75 mg: 1 amp intramuscular (IM) x 3 días
2. Orfenadrina 60 mg: 1 amp IM x 3 días

Posterior a tratamiento endovenoso, iniciar vía oral (VO).

3. Paracetamol 500 mg: 1 TAB VO c/8 horas x 3 días
4. Orfenadrina 100 mg: 1 TAB VO c/24 horas por 3 días (noches)

Paciente es dado de alta, se deja concurrencia a neurología para estudio del dolor.

Caso clínico n.º 4

Paciente varón de 82 años, procedente del distrito de San Luis, acude a la emergencia refiriendo que 6 días aproximadamente presenta cuadro clínico caracterizado inicialmente por malestar general, tos productiva con expectoración verdosa, disnea y fiebre de 38.5 °C, la cual cedía parcialmente con paracetamol 2 tabletas 500mg. Familiar refiere que cuadro clínico fue exacerbándose al pasar de los días, y decide acudir a la emergencia, al notar mayor dificultad para respirar.

- Antecedentes patológicos: hipertensión arterial hace 35 años. Tratado con Losartan 50 mg
- Antecedentes quirúrgicos: Apendicectomía convencional hace 50 años aproximadamente y Colectomía convencional hace 34 años.
- RAMS: Diclofenaco.
- Funciones vitales

Tabla 19. Funciones vitales

PA	140/70 mmHg
FC	64 lpm
FR	23 rpm
Tº	38 °C
SatO2	90 % FiO2: 0.21

- Al examen físico

Tabla 20. Examen físico

Piel y faneras:	Caliente, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos. No cianosis
Aparato cardiovascular:	RCR de buena intensidad, no soplos audibles
Tórax y pulmones:	Tórax simétrico, tirajes subcostales, MV pasa disminuido en hemitórax derecho, se auscultan crépitos en ambas bases pulmonares, a predominio derecho.
Abdomen:	No distendido, blando, depresible, leve dolor a la palpación profunda en hipogastrio, no reacción peritoneal
Genitourinario:	PPL positivo, PRU medio e inferior positivos
Sistema nervioso central:	LOTEP, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos.

El diagnóstico presuntivo es

1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo 1
2. Neumonía adquirida en la comunidad (NAC)
3. Hipertensión arterial por antecedente

- Plan de trabajo: Se solicita hemograma completo, radiografía de tórax PA, PCR y prueba COVID. Reevaluación con resultados. O2 por CBN mantener SatO2 >92 %

- Reevaluación

Radiografía de tórax: se identifica patrón consolidativo en base de hemitórax derecho y lóbulo medio izquierdo.

En los resultados laboratoriales se evidenció leucocitosis ($16.5 \times 10^3/\text{UI}$) a predominio de neutrófilos, resto del hemograma en sin alteraciones, PCR: 3.8 mg/dL, COVID-19: Negativo

- Tratamiento

1. O2 x CBN para mantener SatO2 >92 %
2. Ceftriaxona 2gr ev c/24h
3. Metamizol 1g ev c/8h
4. Omeprazol 40 mg ev c/24h
5. N- Acetilcisteína de 600 mg por 3 días vía oral
6. Losartan 50mg vo c/12h
7. CFV

Paciente al 3 tercer día, presenta febrícula, sin embargo, existe mejoría clínica, se evidencia buen patrón respiratorio, disminución del requerimiento de oxígeno, al 7mo día se realiza exámenes de control, encontrándose en valores normales, se decide alta del paciente.

I.3. Rotación en Pediatría

La rotación en Pediatría comenzó el 1 de agosto y finalizó el 15 de octubre

Caso clínico n.º 1

Lactante masculino de 7 meses es traído a la emergencia por su madre, quien refiere que hace 1 semana el menor realiza deposiciones líquidas en 6 oportunidades que progresan a deposiciones con moco y vómitos alimentarios en 4 oportunidades. Asimismo, refiere que el lactante se encuentra irritable, y percibe disminución de peso asociado a intolerancia oral a alimentos y líquidos.

- Funciones Vitales

Tabla 21. Funciones vitales

PA	100/60 mmHg
FC	122 lpm
FR	38 rpm

T°	36.5 °C
SatO2	99 %

- Al examen físico

Tabla 22. Examen físico

Piel y faneras:	Frialdad distal en extremidades superiores e inferiores/ mucosas secas, conjuntivas secas/ elástica, leve palidez +/+++ , no cianosis, no ictericia, llenado capilar < 2 segundos
Aparato cardiovascular:	RCR de buena intensidad, no soplos
Tórax y pulmones:	Simétrico, MV pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
Abdomen:	No distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, impresiona dolor a la palpación profunda difuso, no reacción peritoneal
Genitourinario:	PPL negativo, PRU negativo.
Sistema nervioso central:	Irritable, poco colaborador

El diagnóstico presuntivo es

1. Deshidratación moderada por Enfermedad Diarreica Aguda.

- Plan de trabajo: Se le solicita examen de laboratorio: hemograma, PCR, reacción inflamatoria en heces, y electrolitos

- Los resultados fueron:

Hemograma: Se evidencia valores de leucocitos, hemoglobina y plaquetas dentro de los rangos normales ($6.34 \times 10^3/uL$, 12.6 g/dl, $391 \times 10^3/uL$,

respectivamente).

Reacción inflamatoria en heces: Positivo, >30 leucocitos por campo.

Proteína C reactiva inflamatoria: 8.5 mg/dL

Electrolitos: Na+: 137 mEq/l, K+: 3.8mEq/l

- Plan

1. Se hospitaliza para recibir fluidoterapia EV debido a intolerancia oral.
2. Cloruro de Sodio 0.9 % 600ml EV en 4 horas (150ml EV/1hr)
3. Ceftriaxona 1g: 0.5ml + 9.5ml de Solución inyectable c/24hrs lento y diluido
4. Ranitidina 50mg: 0.3ml EV cada 24horas
5. Ondasetrón 8mg/4ml: 0.5ml EV cada 12 horas
6. CFV cada 4 horas

Paciente evoluciona favorablemente, con progresivo aumento de consistencia de las heces, con funciones vitales estables, afebril, y tolerando vía oral, es dado de alta al 5to día.

Caso clínico n.º 2

Paciente masculino de 11 años acude acompañado de madre, quien refiere que menor hijo presentó hace tres días síntomas de resfriado, donde posteriormente se agrega dolor de garganta (odinofagia), asociado a fiebre cuantificada en 38.5°C cediendo con paracetamol 500mg.

Hace un día refiere que menor hijo presenta otalgia izquierda interrumpiendo el sueño. Asimismo, hoy presenta disminución de audición del oído izquierdo, asociado a aumento de intensidad de otalgia ipsilateral, razón por la que acude por emergencia del Hospital PNP Luis N Sáenz.

- Al examen físico dirigido:

Tabla 23. Examen físico

Ectoscopia:	Paciente quejumbroso, con fascie dolorosa
Orofaringe:	congestiva y eritematosa, no placas.

Oído izquierdo:	se evidencia otorrea purulenta
-----------------	--------------------------------

El diagnóstico presuntivo es

1. Otolgia

2. D/c Otitis media aguda.

- Plan: Se solicita interconsulta con el área de otorrinolaringología para realizar otoscopia
- Terapéutica: Metamizol 1 g: 1 AMP STAT

Otorrinolaringología responde

- Al examen físico: A la otoscopia se evidencia:

Tabla 24. Examen físico preferencial

Oído derecho:	Membrana timpánica sin alteraciones.
Oído izquierdo:	Tímpano eritematoso, abombado, opaco, dolor a la movilidad y al introducir otoscopio.

El diagnóstico definitivo es

1. Otitis media aguda izquierda

- Plan terapéutico

1. Amoxicilina 500 mg + ácido clavulánico 125 mg: 1 TAB VO c/8hrs por 10 días

2. Ibuprofeno 400mg: 1 TAB VO c/8hrs por 3 días

Paciente es dado de alta con tratamiento ambulatorio, más concurrencia para servicio de Pediatría para control en 2 semanas.

Caso clínico n.º 3

Paciente de sexo masculino de 4 años es dirigido por su madre, quien refiere que 6 días aproximadamente su menor hijo presentó fiebre cuantificada en

39C - 39.5°C que aliviaba mas no cedía con administración de antipirético por vía oral. Asimismo, refiere que cuadro febril se asocia a presencia de lesiones eritematosas y descamativas en piel, así como presencia de ojos enrojecidos e irritabilidad, razón por la que acude por emergencia del servicio de pediatría del HN PNP LNS.

- Antecedentes personales: Inmunizaciones completas.

- Funciones vitales:

Tabla 25. Funciones Vitales

PA	110/90 mmHg
FC	99 lpm
FR	18 rpm
T°	38 °C
SatO2	97-98 %

- Al examen físico: Adecuado regular estado general, adecuado regular estado de hidratación, mal estado de nutrición, Peso: 26 kg

Tabla 26. Examen físico

Piel y faneras:	Caliente, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, se evidencia lesiones eritematosas de tipo exantemáticas en tronco anterior, así como lesiones de tipo descamativas en palmas y plantas de ambas extremidades. Inyección conjuntival eritematosa bilateral, no pruriginosa, ni secretora
Aparato cardiovascular:	Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos

Tórax y pulmones:	Tórax simétrico, no tirajes, se evidencian lesiones eritematosas, MV pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados, no impresiona dolor a la palpación de lesiones exantemáticas, ni prurito.
Abdomen:	No distendido, Ruidos hidroaéreos: +, blando, depresible, no doloroso a 5 la palpación profunda ni superficial, no reacción peritoneal
Genitourinario:	PPL: negativo, PRU: negativo.
Sistema nervioso central:	LOTEP. Escala de Glasgow: 15/15, no signos de focalización.

El diagnóstico presuntivo es

1. Enfermedad exantemática
2. Enfermedad de Kawasaki

- Plan de trabajo: Se solicita exámenes de laboratorio: Hemograma, PCR, VSG, Perfil hepático, examen completo de orina. Reevaluación con resultados.

- Exámenes de laboratorio

Hemograma: Se evidencia leucocitosis ($16.4 \times 10^3/uL$), con valores de plaquetas y hemoglobina dentro de los rangos normales ($398 \times 10^3/uL$, 11.6 g/dl, respectivamente) Proteína C reactiva inflamatoria: 20.5 mg/dL, Volumen de sedimentación globular: 36mm/h, TGP: 77 U/l TGO: 98 U/l, GGT: 96 U/l.
Examen de orina: 6 leucocitos/campo

Con estos resultados se confirma que estamos frente a un paciente con Enfermedad de Kawasaki y lo clasificamos como una de bajo riesgo, por lo que el plan actual sería:

1. Hospitalización por el servicio de Pediatría
2. Administrar Ig IV: 1 infusión en 12 horas
3. Ibuprofeno 3-40mg/kg/día condicional a la fiebre
4. Omeprazol 20 mg/día oral
5. CFV

Paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta al siguiente día post infusión de inmunoglobulina y con funciones vitales estables.

Caso clínico n.º 4

Preescolar femenino de 4 años con antecedente de broncoespasmos a repetición (2 veces por año), acude a la emergencia con su madre, por presentar cuadro de tos seca en la madrugada que interrumpió el sueño. Además, refiere que hace 6 horas presenta agitación y dificultad para respirar que no cede con inhaladores (madre refiere haberle aplicado 2 puff de salbutamol), razón por la cual acude por emergencia del HN PNP LNS.

- Funciones Vitales

Tabla 27. Funciones Vitales

PA	100/70 mmHg
FC	101 lpm
FR	35 rpm
Tº	37 Cº
SatO2	92 %

Peso: 21.300g

- Antecedentes personales

Medicación actual: Ninguna.

Última vez que uso de broncodilatadores: 06/09/23. Previo a este episodio no requirió de inhaladores hace más de 4 meses.

- Antecedentes familiares: Padre asmático (sin cuadros asmáticos hace más de 20 años). Madre con Rinitis Crónica (se medica con antihistamínicos)
- Al examen físico

Tabla 28. Examen físico

Piel y faneras:	Tibia, hidratada, elástica, no cianosis, no ictericia, llenado capilar < 2 segundos
Aparato cardiovascular:	RCR de buena intensidad, no soplos a la auscultación
Tórax y pulmones:	Simétrico, tirajes intercostales y subcostales, MV pasa con dificultad en ambos hemitórax, sibilancias inspiratorias a la auscultación.
Abdomen:	No distendido, RHA +, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no reacción peritoneal.
Genitourinario:	PPL: negativo, PRU: negativo
Sistema nervioso central:	LOTEP, Escala de Glasgow: 15/15, no signos de irritación meníngea

- Diagnóstico presuntivo

1. Insuficiencia respiratoria Aguda: D/C Crisis de Asma

- Plan: Se instaure terapia de rescate, se solicita examen de laboratorio: hemograma, PCR, y se solicita Radiografía de Tórax

- Terapéutica

1. Vía salinizada

2. Salbutamol 6 PUFF por aerocámara + Metilprednisolona 0.7ml + 1.3ml SF cada 20 minutos x 1hr.

3. Oxigenoterapia con CBN a 2L para mantener SatO₂ mayor de 92 % (ideal SatO₂: 94-98 %)

4. Control de Funciones Vitales post 40min de cada ciclo de rescate

- Funciones Vitales post terapia inicial

Tabla 29. Funciones Vitales

PA	100/70 mmHg
FC	94 lpm
FR	21 rpm
T°	36.9 °C
SatO2	95-96 %
FiO2:	0.28

- Reevaluación con resultados

Hemograma: Leucocitos, plaquetas y hemoglobina dentro de los rangos normales ($6.30 \times 10^3/\mu\text{L}$, $241 \times 10^3/\mu\text{L}$, 12 g/dl), PCR: 4 mg/dL

Radiografía de tórax: Signos de hiperinsuflación, ensanchamiento de espacios intercostales, no signos de consolidación ni colapso pulmonar.

- Plan

1. Administrar Salbutamol 6 PUFF cada 4 hrs por 24 hrs
2. Mantener oxigenación por CBN a 2L manteniendo SatO2 mayor de 92 % (ideal SatO2: 94-98 %)
3. Se hospitaliza para control de síntomas por 24 hrs

Paciente con funciones vitales estables es dado de alta con manejo ambulatorio y se informa a madre de menor de factores de riesgo que tienen que ser evitados

- Tratamiento ambulatorio

1. Beta 2 adrenérgico de acción corta (SABA): Salbutamol 100 mcg: 2 PUFF cada 4 hrs por 2 días, luego 2 puff cada 6 hrs por 3 días. Luego solo usarlo en caso de crisis asmática.
2. Corticoides inhalados: Budesonida 200mcg/d: 1 puff en las noches por 2 meses.
3. Control por consultorio externo de Pediatría en 1 semana.

4. Concurrencia por consultorio al servicio de Neumología para espirometría y detección de asma.

I.4. Rotación en Cirugía General

La última rotación, en el servicio de Cirugía General comenzó el 16 de octubre y concluyó el 31 de diciembre. Incluyó la rotación en hospitalización como en emergencia.

Caso clínico n.º 1

Paciente mujer de 43 años procedente de Chiclayo, acude a la emergencia refiriendo que hace aproximadamente 3 días presenta dolor abdominal difuso de moderada intensidad, con escala visual analgésica (EVA 6/10) inicialmente a predominio de epigastrio y que posteriormente migra a fosa iliaca derecha (FID), agrega sensación de alza térmica, hiporexia y náuseas que no llegan al vómito; asimismo menciona que 2 días antes del ingreso se automedicó con analgésicos que le recogiendo su sobrina, o recuerda nombre de fármacos; sin embargo, refiere que dolor no cede, por el contrario, se exagera, ante la persistencia de los síntomas acude por emergencia

- Antecedentes personales: Obesidad grado I (IMC: 32.45)
- Antecedentes quirúrgicos: Colectomía laparoscópica hace 14 años. Cesárea hace 17 años
- Funciones vitales

Tabla 30. Funciones Vitales

PA	100/60 mmHg
FC	78 lpm
FR	15 rpm
Tº	36.5 °C

SatO2	98 %
-------	------

- Examen físico

Tabla 31. Examen físico

Piel y faneras:	Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos
Aparato cardiovascular:	RCR de buena intensidad, no soplos, No Ingurgitación yugular.
Tórax y pulmones:	Tórax simétrico, MV pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados
Abdomen:	Globuloso, no distendido, se evidencia cicatrices de T1, T2 y T3 por antecedente quirúrgico previo, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en FID, Mc Burney (+), Rovsing (+), Blumberg (+) y Dunphy (+).
Genitourinario:	PPL negativo, PRU negativo
Sistema nervioso central:	LOTEP, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos.

El diagnóstico presuntivo en

1. Apendicitis aguda complicada.
2. Obesidad grado I por antecedente

- Plan de trabajo: Apendicectomía laparoscópica de emergencia. Se solicita prequirúrgicos para entrar a SOP: hemograma completo, grupo y factor, riesgo cardiológico, perfil de coagulación, glucosa, urea y creatinina y examen completo de orina.

Se firma consentimiento informado para apendicectomía laparoscópica

- Reporte operatorio

Operación realizada: Apendicectomía laparoscópica

- Hallazgos
1. Apéndice cecal de 8 X 1.5 cm, descendente interna, necrosada en su tercio distal, plastronada por epiplón, base indemne.
 2. Líquido purulento en parietocólico derecho y fondo de saco de Douglas de aprox 50 cc
 3. Resto de órganos sin alteraciones

Al culminar el acto quirúrgico, se decidió administrar cobertura antibiótica (ceftriaxona + metronidazol), analgesia (ketoprofeno) y monitoreo de funciones vitales. Paciente con evolución favorable es dado de alta al 4° día sin complicaciones.

Sin embargo, al 7mo día reingresa por emergencia por presentar dolor abdominal tipo cólico difuso, por lo que se le realiza ecografía abdominal, en donde se visualiza colección heterogénea de 3x3cm y volumen de 8cc compatible con absceso. Por lo que se decide tratamiento antibiótico vía oral con ciprofloxacino 500mg 1 tableta cada 12 horas y metronidazol 500 mg VO cada 8 horas por 7 días; asimismo, se deja concurrencia en 5 días a consultorio de cirugía general y orden de ecografía de control al 5to día, paciente es evaluada con resultado de ecografía abdominal en la cual se evidencia disminución de la colección, siendo esta <1cc por lo que se indica completar antibioticoterapia. Paciente es dada de alta por consultorio externo.

Caso clínico n.º 2

Paciente varón de 54 años procedente del distrito de San Borja, refiere que hace 5 días presenta sensación de masa semidura dolorosa en región perianal, menciona que dolor se exagera al sentarse y al realizar deposiciones, asimismo, manifiesta que hace 2 días se asocian malestar general y temperatura que supera de 38 °C, motivo por el cual decide acudir a la emergencia.

- Antecedentes personales: Diabetes mellitus tipo 2 hace 7 años, Hipertensión arterial hace 5 años.
- Antecedentes quirúrgicos: Hernioplastia umbilical hace 17 años
- Funciones vitales:

Tabla 32. Funciones Vitales

PA	140/60 mmHg
FC	68 lpm
FR	19 rpm
Tº	36.8 °C
SatO2	97 %

- Al examen físico dirigido

Tabla 33. Examen físico preferencial

Región perianal:	En el cuadrante posterior izquierdo se visualiza tumoración de aproximadamente 6 x 5 cm, con signos de flogosis. No se evidencia presencia de hemorroides internas ni externas.
------------------	---

El diagnóstico presuntivo es

1. Absceso perianal
2. Hipertensión arterial por antecedente
3. Diabetes mellitus por antecedente

- Plan de trabajo: SOP de emergencia para drenaje de absceso perianal. Se solicitan prequirúrgicos y se prepara paciente para sala de operaciones.
- Informe de Reporte Operatorio:

Operación realizada: Drenaje de absceso perianal.

- Hallazgos

1. Se evidencia tumoración eritematosa en cara posterior del glúteo izquierdo, de 5 x 3.5 cm con signos de flogosis conteniendo secreción purulenta de aproximadamente 50 cc.
2. No se evidencian hemorroides trombosadas.
3. Anoscopia: Heces líquidas en ampolla rectal, no se evidencian masas, ni tumoraciones, esfínter normotenso.

Paciente recibe tratamiento antibiótico tras ser operado y es dado de alta a los 7 días sin complicaciones.

Caso clínico n.º 3

Paciente mujer de 42 años procedente del distrito de Ate, refiere inicio cuadro clínico hace aproximadamente 26 días con episodios de dolor abdominal en epigastrio tipo opresivo, no irradiado, no acompañado de otros síntomas, post ingesta de alimentos. No recuerda exactamente si fueron grasos, manifiesta haber tomado Gaseovet, el cual no le ayuda a mejorar sus molestias, días antes del ingreso se agrega sensación nauseosa, ictericia y coluria, motivo por el cual acude a emergencia.

- Antecedentes personales: Niega
- Antecedentes quirúrgicos: Cesárea hace 10 años
- RAMS: Niega
- Funciones vitales

Tabla 34. Funciones vitales

PA	100/70 mmHg
FC	89 lpm
FR	19 rpm
Tº	36.5 °C

SatO2	98 %
-------	------

- Al examen físico

Tabla 23. Examen físico

Piel y faneras:	Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos. Ictericia (+/+++) en piel y mucosa subconjuntival
Tórax y pulmón:	Tórax simétrico, amplexación conservada, MV pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados
Aparato Cardiovascular:	RCR, regular intensidad, no soplos.
Abdomen	No distendido, RHA presentes, blando, depresible, doloroso a palpación profunda localizado en hipocondrio derecho. Murphy (-), no se palpan masas.
Genitourinario:	PPL: negativo, PRU: negativos.
Sistema nervioso central:	LOTEP, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos.

- Exámenes de laboratorio al ingreso

Se evidencia alteración del perfil hepático, obteniendo un perfil colestásico por elevación de: Fosfatasa alcalina: 186 U/l, GGTP: 58U/l, asimismo se evidencia patrón de daño hepatocelular por elevación de los niveles de: Transaminasa glutámico oxalacética: 393 U/l, Transaminasa glutámico pirúvica: 485 U/l. Hiperbilirrubinemia con valor de bilirrubina total: 2.9 mg/dL, a predominio directa (Bilirrubina directa: 1.9 mg/dL), Bilirrubina indirecta: 1 mg/dL, Lipasa: 45, amilasa: 58 Leucocitos: 4.34x10e3/uL, Urea: 1,7 mg/dL Creatinina: 0.39 mg/dL

- Exámenes de imágenes

Colangiografía (CRMN): (13/12/23) Vesícula biliar: distendida de pared delgada, presenta numerosos cálculos facetados en su interior que oscilan entre 5 y 12 mm. No se asocian cambios inflamatorios agudos perivesiculares. Colédoco de 7 mm se evidencia cálculo en segmento intrapancreático de 4 mm y leve inflamación de pared de región periampular sugestivo de odditis.

Diagnóstico presuntivo

1. Síndrome icterico obstructivo: Coledocolitiasis
2. Colecistitis crónica calculosa

- Plan de trabajo: Se confirma diagnósticos planteados por lo que se indica Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y posterior programación de colecistectomía laparoscópica electiva

CPRE: Se realizan barridos con balón, obteniendo salida de cálculo de 6x4mm. Coledocolitiasis resuelta. (esfinterotomía + barrido con balón)

Paciente es evaluada por el servicio de cirugía general, quienes deciden programación para una colecistectomía laparoscópica. Durante su estancia hospitalaria para la programación quirúrgica, la paciente cursa con dolor tipo cólico persistente y localizado en hipocondrio derecho. Motivo por el cual se solicita ecografía abdominal y se solicita amilasa y lipasa.

Ecografía abdominal (23/12/23): Vesícula biliar de 112x32mm pared irregular, engrosada hasta 5 mm de espesor con halo perivesicular de aspecto multilaminar, múltiples imágenes litiásicas en su interior, la mayor de 21 mm, otras de 7 mm. Colédoco 7 mm.

Laboratorio: Amilasa 78 U/l, Lipasa: 99 U/l

- Diagnóstico actual

1. Colecistitis crónica calculosa litiásica reagudizada.
- Plan de trabajo: Colecistectomía laparoscópica de emergencia
- Reporte operatorio

Operación realizada: Colecistectomía laparoscópica

- Hallazgos:

1. Vesícula biliar 12x7 cm, paredes engrosadas con hidrocolecisto, con lito de 8 mm en bacinete.

2. Conducto cístico de 5 mm y arteria cística de 3mm.

Paciente tolera acto quirúrgico y es dada de alta a los 2 días sin complicaciones.

Caso clínico n.º 4

Paciente varón de 83 años, con antecedente de NM de colón, al momento con alteración de la conciencia es traído por su hija a la emergencia, quien refiere que hace 7 días inicia cuadro doloroso abdominal difuso tipo cólico, de moderada intensidad (9/10), el cual se asocia a malestar general; asimismo, indica que no realiza deposiciones, y tenía dificultad para eliminar flatos. Un día antes del ingreso paciente presenta náuseas y vómitos de características fecaloides, asociado a astenia.

- Antecedentes personales: NM de colon (2017).
- Antecedentes quirúrgicos: Hemicolectomía derecha por NM de colon derecho abscedado (2018)
- RAMS: Niega
- Funciones vitales

Tabla 36. Funciones vitales

PA	100/60 mmHg
FC	89 lpm
FR	20 rpm
Tº	37.5 °C
SatO2	98 %

- Al examen físico preferencial

Tabla 37. Examen físico

Piel y faneras:	Tibia, leve deshidratada, laxa, llenado capilar <2 segundos. Palidez (+/+++)
Tórax y pulmón:	Tórax simétrico, amplexación disminuida, MVr pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados
Aparato Cardiovascular:	RCR, taquicárdicos, regular intensidad, no soplos a la auscultación.
Abdomen:	Distendido, RHA disminuidos, blando poco depresible, doloroso a la palpación a nivel de epigastrio y mesogastrio, reacción peritoneal (+).
Genitourinario:	PPL: negativo, PRU negativos.
Sistema nervioso central:	Desorientado en tiempo y espacio, orientado en persona. Escala de Glasgow 13/15, no signos meníngeos.

- Impresión diagnóstica

1. Obstrucción intestinal intermedia: D/c oclusión intestinal intermedia por bridas y adherencias
2. Encefalopatía de etiología a determinar

- Plan de trabajo: Se solicita, hemograma, glucosa, urea y creatinina, AGA y electrolitos. Asimismo, se solicita radiografía de abdomen en decúbito y de pie. Reevaluación con resultados.

- Examen de laboratorio

Hemograma: Se evidencia leucocitosis ($17.0 \times 10^3/uL$), anemia moderada (Hb: 8.9g/dL) Plaquetas: $232 \times 10^3/uL$, discreta elevación de los niveles de glucosa: 102 mg/dL, urea y creatinina dentro de valores normales.

Análisis de Gases Arteriales (AGA) y electrolitos: pH: 7.44, HCO_3^- : 29 mEq/L, PCO_2 : 37 mmHg, EB: 2.2, Na^+ : 128 mEq/L, K^+ : 3.7 mEq/L, Cl^- : 101 mEq/L

- Examen de imágenes

Radiografía de abdomen de pie: Dilatación a nivel de asas delgadas, con

evidente signo en pila de monedas positivo.

- Diagnóstico

1. Obstrucción intestinal intermedia: D/c oclusión intestinal intermedia por bridas y adherencias
2. Trastorno Ácido Base: Alcalosis metabólica
3. Trastorno Hidroelectrolítico: Hiponatremia moderada

- Plan

1. NPO + Sonda nasogástrica
2. Dextrosa al 5 %: 1000cc EV STAT
- Cloruro de sodio 20 %: 2 amp EV STAT
- Cloruro de potasio 20 %: 1 amp EV STAT
3. Ceftriaxona 1g: 2 amp ev c/24 horas
4. Ketoprofeno 100 mg EV cada 8 horas
5. Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas
6. Colocación de sonda Foley
7. Balance hidroelectrolítico estricto
8. SOP de EMG

- Reporte operatorio

Operación realizada: Laparoscopia exploratoria + liberación de adherencias + aspiración de secreciones + lavado de cavidad.

- Hallazgos

1. Múltiples adherencias firmes y laxas de asa delgada anexa a hipogastrio,
2. Líquido inflamatorio de aprox. 350cc en tres cuadrantes.

Paciente tolera acto quirúrgico, presenta evolución favorable y es dado de alta al 5to día, sin complicaciones.

II. CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE REALIZÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú Luis N. Sáenz está ubicado en la ciudad de Lima, específicamente en Av. Brasil 26; y su ampliación, pabellón PIP en Av. De La policía, Jesús María. Se encuentran estratégicamente ubicados para facilitar el acceso de la población policial y familiares con derecho de atención, opera como centro de mayor complejidad de referencia a nivel nacional por la Dirección Ejecutiva de Sanidad de la Policía Nacional del Perú (DIREJESAN-PNP) como Hospital de nivel III-1. Su cobertura poblacional supera los 600,000 habitantes, incluyendo a policías, cónyuges, hijos y padres de los titulares.

El hospital proporciona una extensa variedad de servicios médicos, abarcando diversas especialidades tanto quirúrgicas como no quirúrgicas. En el ámbito quirúrgico, se ofrece atención integral en los servicios como ginecología y obstetricia, cirugía general, traumatología, neurocirugía, entre otros. Además, se brinda asistencia por parte de las especialidades no quirúrgicas que engloba disciplinas como: medicina general, pediatría, neurología, oftalmología, cardiología, entre otros departamentos. Dispone de equipos de alta tecnología en cuidados intensivos y medicina crítica. Sus instalaciones abarcan áreas de emergencia, salas para procedimientos quirúrgicos de mayor y menor envergadura, zona de recuperación posquirúrgica, sala de partos, espacios para hospitalización, y hace uso de las instalaciones del recién inaugurado pabellón PIP I para consultorios, servicios de imágenes y helipuerto.

El hospital actúa como centro de referencia y contrarreferencia para niveles inferiores y otros hospitales del interior del país. Su objetivo principal consiste

en impulsar el progreso del personal policial mediante la prevención, promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, garantizando pleno respeto a los derechos fundamentales de cada individuo.

En el departamento de Pediatría, se dividen en los servicios de hospitalización, emergencia, consultorios externos, cirugía pediátrica y neonatología. En la hospitalización, los internos desempeñan un papel crucial en el cuidado diario de los pacientes, procedimientos, interconsultas y preparación para cirugías.

La rotación en Ginecología y Obstetricia abarca áreas como hospitalización, consultorio externo, centro obstétrico, sala de procedimientos y sala de operaciones. La atención se centra en patologías ginecológicas y obstétricas, la prevención, diagnóstico y manejo quirúrgico, electivo o de emergencia.

En Cirugía General, los internos participan en la evolución diaria de pacientes, recetas, procedimientos y MOPRI (módulo pre operatorio integrado). El área de emergencia implica guardias nocturnas para evaluar y gestionar pacientes que requieren atención inmediata, aborda desde suturas en tópico, hasta cirugías vía laparoscópica o convencional según el caso.

En Medicina Interna, los internos desempeñamos en hospitalización y emergencia, participando en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes, tanto en horarios diurnos como en guardias nocturnas.

La descripción detallada proporciona una visión completa del funcionamiento y las responsabilidades de los internos en cada área del hospital.

III. CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 1

Impresión diagnóstica: Amenaza de Parto Pretérmino por Cérvix corto

Análisis: La paciente presenta un cuadro clínico compatible con Amenaza de parto pretérmino, siendo este una patología muy frecuente en nuestro medio, debido a que la que conforma una de las principales causas de morbilidad neonatal, así como alrededor de 65 % de muertes perinatales (1). Se define como la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 contracción cada 10 minutos y con una duración de 30seg cada una, asociado a borramiento o incorporación del cérvix menor a 50 % y/o dilatación del cérvix menor de 2 cm, todo esto en un gestante de más de 22 semanas y menor de 37 semanas (entre los 154 y 258 días) (2). Es una condición multicausal y multifactorial dentro de ellas tenemos al antecedente previo de parto prematuro que predispone en un 2.5 veces más que aquellas que no tienen ese antecedente, asimismo se encuentran las causas uterinas (cérvix corto), causas placentarias (placenta previa) y causas fetales (sufrimiento fetal agudo) (3). Para el diagnóstico se debe tener en cuenta el cuadro clínico, antecedentes obstétricos y personales, la estimación de la edad gestacional (por fecha de última regla), así como del examen físico a través de la exploración genital que consta de especuloscopia y tacto vaginal que determinarán las condiciones del cérvix, así como de las membranas amnióticas y la presencia o no de sangrado vaginal. (2) En el caso de la paciente presentada se evidencia antecedente de parto pretérmino previo a través de la anamnesis, y al examen físico se evidencia presencia de contracción cada 10 minutos con una duración de 33 segundos aproximadamente, y al solicitarle ecografía transvaginal se identifica cérvix

corto, siendo una causa uterina frecuente, donde posteriormente se instaura manejo médico.

La guía de práctica clínica del manejo de la Amenaza de Parto Pretérmino del Instituto Materno Perinatal recomienda el uso de progesterona natural micronizada en gestantes asintomáticas con una longitud cervical menor de 25mm para prevenir el parto pretérmino. Asimismo, recomiendan el uso de tocolíticos como Nifedipino (10-20 mg VO cada 20 minutos hasta en 3 oportunidades, luego 10 mg cada 4 horas el primer día y 10 mg cada 8 horas por 6 días más) teniéndose en cuenta que se suspenderá cuando se alcance las 37 semanas de gestación, cuando la longitud del cérvix sea mayor de 3cm, o en caso de que se detecte sufrimiento fetal (2). También recomiendan el uso de inductores de madurez pulmonar fetal como el uso de Betametasona 12 mg IM cada 24 horas por dos dosis. Y por último se recomienda un manejo expectante de atención del parto en caso haya fracaso de la tocólisis. Una vez de administrado dichos fármacos se tendrá en cuenta que si posterior a una semana de hospitalización la paciente deambula durante 24-48 hrs sin presencia de contracciones uterinas con dilatación cervical menor o igual de 3cm podrá irse de alta hospitalaria con posteriores controles hasta las 37 semanas (2).

Caso clínico n.º 2

Impresión diagnóstica: Embarazo ectópico

Análisis: El embarazo ectópico es una entidad clínica en el cual el blastocisto se implanta fuera de la cavidad endometrial, siendo la localización más frecuente las trompas de Falopio, y dentro de esta la porción ampular con un 70 % (4). Otras localizaciones con menor frecuencia de implantación son en la cicatriz uterina, cervical, intersticial, ovárica u abdominal (4). Su incidencia abarca de 20-25 por cada 1000 embarazos siendo una de las causas más importantes de morbilidad materna dentro del primer trimestre de la gestación (5). Existen múltiples factores relacionados como: múltiples parejas sexuales, tabaquismo, embarazo ectópico previo, infecciones vaginales previas, entre otros. Para el diagnóstico se debe tener en cuenta el cuadro clínico que

conforman los criterios de Hager en el que se presenta una mujer con actividad sexual activa, en edad fértil, atraso menstrual seguido de sangrado vaginal intermenstrual (menorragia), asociado a dolor en hipogastrio que al examen físico presenta dolor a la palpación en hemiabdomen inferior, así como al tacto vaginal y palpación bimanual presenta dolor a la movilización de anexos y de útero. Posteriormente a esto se tiene que descartar la presencia de una gestación ectópica con la prueba cuantitativa de BHCG donde se evidencie un valor mayor de 1500 mIU/ml y que su valor no duplique posterior a las 48 horas de la última toma de BHCG, y con ayuda de estudio de imagen como la ecografía transvaginal donde se evidencia ausencia de embrión en cavidad uterina con endometrio engrosado, signo del doble halo, líquido libre en fondo de saco de Douglas, así como masa anexial (89 % de los casos) (6).

Según la Guía de Práctica Clínica del Hospital del Casimiro Ulloa para manejo del Embarazo ectópico donde recomiendan el manejo médico a base de la administración de metotrexate en monodosis o múltiples dosis (en caso de presentar BHCG mayor de 5000 mIU/ml), antagonista de ácido fólico que inhibe la síntesis de ADN y la reproducción celular del trofoblasto, razón por la cual deberá administrarse ácido fólico. En el caso de la paciente requirió de esquema multidosis que consta de administración de metotrexate (1 mg/kg) intramuscular el primer, tercer, quinto y séptimo día (hasta un máximo de 4 dosis) asociado a ácido fólico (1 mg/kg) esperando una disminución de BHCG de más del 15 % de la concentración máxima. Para el control se hace un dosaje de los niveles de BHCG cada 48 hrs y ecografía transvaginal en caso de presentar dolor abdominal intenso como lo presentó la paciente, sino no hay justificación de control ecográfico de rutina. Posterior a la respuesta del manejo médico se opta por tratamiento quirúrgico el cual en nuestra paciente fue un legrado uterino más extracción del embarazo ectópico ubicado en la cicatriz uterina (5).

Caso clínico n.º 3

Impresión diagnóstica: Cistocele grado II + Incontinencia de esfuerzo

Análisis: La paciente presenta un cuadro clínico compatible con Distopia genital, siendo este una patología ginecológica frecuente que somete a una de cada nueve mujeres a una cirugía correctiva de piso pélvico en algún momento de su vida (7). La incidencia aumenta proporcionalmente con la edad que genera modificaciones y alteraciones de la calidad de vida de la mujer (8). Es una patología complicada que está predispuesta por factores favorecedores (obesidad y disminución estrogénica), factores predisponentes (variantes anatómicas), factores iniciadores (multípara vaginal, cirugía pélvica previa) y factores descompensadores (edad avanzada, comorbilidades) que generan disfunción del suelo pélvico (8). El diagnóstico de la distopia genital se tiene que tener en cuenta los factores de riesgo, antecedentes y cuadro clínico en el caso de la paciente presenta obesidad, antecedente de ser estreñida crónica, multípara e hysterectomizada, sensación de masa a nivel vaginal, asociado a incontinencia de esfuerzo. Asimismo, se requiere de un exhaustivo examen físico para poder determinar el tejido prolapsado y el grado del prolapso y clasificarlo dentro del sistema POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification). En el caso de la paciente presenta prolapso de vejiga por la pared anterior de la vagina (cistocele anterior) grado II que generalmente se asocia a incontinencia de esfuerzo ya que se genera un defecto del soporte uretral.

Para el manejo de la Distopia Genital se tiene en cuenta el grado de clasificación, de la presencia de sintomatología que intervenga en su calidad de vida, así como de los factores de riesgo a presentar recidiva, y la presencia o no de vida sexual activa, donde las pacientes con estadios menor al grado II, bajo riesgo a recidiva y sin vida sexual activa empiezan con tratamiento médico dirigido hacia los factores de riesgo, mientras que pacientes con grados mayores y con alto riesgo a recidiva requieren de alguna técnica quirúrgica desde la más clásica colporrafia, colpoxia hasta una técnica obliterativa como Colpocleisis. En el caso de la paciente se realizó manejo médico dirigido hacia los antecedentes y factores de riesgo como el consumo de fibra, actividad física, ejercicios de Kegel que permiten entrenar los músculos del suelo pélvico y mejoran calidad de vida y reduce el prolapso en 1 a 2 centímetros, asimismo se sugiere el uso de estrógenos tópicos que

aumenta la generación de colágeno maduro, así como del grosor de la pared vaginal (9). Mientras tanto se prepara a la paciente para manejo quirúrgico electivo (colpoplastia anterior).

Caso clínico n.º 4

Impresión diagnóstica: Enfermedad Pélvica inflamatoria grado II

Análisis: La enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) resulta de una infección de tipo ascendente que termina causando endometritis, salpingitis o incluso absceso tuboovárico y peritonitis pélvica, donde los microorganismos más frecuentemente aislados son *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* que con mayor frecuencia afecta a mujeres con múltiples parejas sexuales, inicio temprano de relaciones sexuales, antecedente de haber presentado alguna infección de transmisión sexual, los cuales la paciente presenta (10). El cuadro clínico típico se caracteriza por la presencia de dolor en hemiabdomen inferior (hipogastrio), fiebre 38 °C, sangrado abundante, intermenstrual o postcoital, dispareunia y al examen ginecológico se evidencia dolor a la movilización de cérvix y anexial, y en algunos casos la presencia de masa anexial a la palpación bimanual (11). Una vez determinada la enfermedad se tiene que estudiar para poder dar el manejo terapéutico apropiado.

Para tratar dicha patología nos basamos en la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia para el manejo de Enfermedad Inflamatoria Pélvica donde sugieren tratamiento antibiótico de amplio espectro, dirigido hacia los microorganismos más frecuentemente aislados, y dependerá del grado de EPI para determinar si el manejo será ambulatorio u hospitalario. En el caso de la paciente con EPI grado II requirió de manejo hospitalario a base de Cefotetan 2 gr EV cada 12 horas asociado a Doxiciclina 100 mg EV cada 12 horas por un tiempo de 2 semanas (14 días), y si presenta mejoría clínica a las 24hrs post tratamiento endovenoso se suplantarán doxiciclina por vía oral hasta completar 14 días. Asimismo, para un manejo integral se debe administrar los mismos antibióticos por manejo ambulatorio a la pareja sexual, y se debe

asesorar a la paciente y pareja de no mantener relaciones sexuales hasta el cumplimiento completo de la infección asociada a mejoría clínica (10,11).

Medicina Interna

Caso clínico n.º 1

Impresión diagnóstica: Pielonefritis aguda

Análisis: El paciente presenta un cuadro clínico característico de pielonefritis aguda, que es una infección del tracto urinario alto, la cual se define como la inflamación del parénquima renal, generalmente de origen ascendente y a veces comprometiendo también la pelvis renal (12).

La sintomatología incluye fiebre asociado a dolor en región renal, que pueden estar acompañados o no de síndrome miccional (disuria, tenesmo, polaquiuria). En pacientes con cateterización urinaria o en adultos mayores, la pielonefritis puede presentarse sin síntomas urinarios (13).

Para enriquecer el diagnóstico, es posible llevar a cabo pruebas complementarias como hemograma, análisis completo de orina, marcadores de inflamación de fase aguda como lo es la Proteína C reactiva (PCR) y urocultivo. Este último reviste importancia al orientar el tratamiento específico, por lo que se aconseja solicitarlo antes de iniciar el tratamiento empírico.

En condiciones de sepsis grave, insuficiencia renal aguda o historial de obstrucción ureteral, tal como se observa en el caso de nuestra paciente, por su antecedente de Litiasis renal, se podría considerar una ecografía renal urgente para confirmar y/o descartar la sospecha de litiasis renal. Este punto es muy importante; puesto que se ha evidenciado que los cálculos renales se asocian a Infecciones del tracto urinario cuyo agente causal más frecuente es *Proteus* (14).

En general, la mayoría de las variedades de *Proteus mirabilis* han sido susceptibles a los antibióticos comúnmente utilizados. Sin embargo, en los

últimos años, el tratamiento de las infecciones del tracto urinario causadas por esta bacteria se ha vuelto más complicado debido al desarrollo de resistencia a múltiples antimicrobianos. Se ha observado resistencia creciente en *Proteus mirabilis* a antibióticos como cotrimoxazol, trimetoprim, ciprofloxacino, ceftriaxona y fosfomicina (15). En la actualidad, se recomienda el tratamiento con amoxicilina/clavulánico, cotrimoxazol o fluoroquinolonas para una infección del tracto urinario causada por *Proteus mirabilis* (15,16). En casos de infección sistémica o grave, se sugiere el uso de aztreonam, piperacilina/tazobactam o cefalosporinas de tercera generación.

Caso Clínico n.º 2

Impresión diagnóstica: Celulitis de miembro inferior derecho

Análisis: Los cuadros de celulitis representan una causa significativa de morbilidad, hospitalización y, en ocasiones, de mortalidad en la población general. La celulitis se define como un proceso inflamatorio agudo de origen infeccioso que afecta la dermis profunda y el tejido celular subcutáneo (17), se caracteriza por presentar una lesión eritematosa de bordes poco definidos y no sobre elevados, como en el presente caso. Generalmente, la celulitis se asocia a fiebre y dolor en la región afectada.

El tratamiento se basa en antibioticoterapia, muchas veces empírica dirigido contra *Staphylococcus aureus metilino-sensible* (MSSA) y *Streptococcus* beta hemolítico, que son bacterias presentes en la piel, siendo los agentes más frecuentes que producen esta patología (18), por lo cual se emplea antibióticos vía endovenosa como: Oxacilina a dosis de 2 gramos cada 4 horas; Cefazolina de 1-2 gramos cada 8 horas y Clindamicina de 600 mg cada 8 horas en caso de alergia a los betalactámicos (19). Sin embargo, se ha visto que el éxito del tratamiento antibiótico en los pacientes depende no solo del apego a la terapia terapéutica, sino a los factores de riesgo que presente el paciente, se ha visto un retraso en la mejoría en pacientes hipertensos en un 55 %, y en diabéticos en un 33 % (20).

Una vez que los síntomas clínicos mejoren y no haya evidencia de toxicidad sistémica, se puede considerar la transición de la terapia antibiótica

intravenosa a oral (21).

Caso clínico n.º 3

Impresión diagnóstica: Lumbociatalgia de miembro inferior derecho

Análisis: El dolor lumbar, después de la gripe, constituye la segunda causa más común de consulta médica en atención primaria. Afecta aproximadamente al 70-80 % de la población adulta en algún momento de su vida (22), lo que lleva a visitas a médicos de diversas especialidades, incluyendo quiroprácticos, cirujanos ortopédicos, neurocirujanos, entre otros.

La lumbalgia afecta por igual a ambos sexos y su incidencia es más alta entre los 20 y los 45 años (22). No obstante, la incidencia más elevada se registra en individuos de 45 a 60 años, llegando a alcanzar un porcentaje de hasta el 50 % en aquellos que tienen entre 60 y 70 años. Se observa una tendencia a la disminución de la prevalencia después de la séptima década de vida.

El dolor lumbar es un problema de salud pública y ocupacional, puesto que representa la principal causa de absentismo laboral e incapacidad permanente en los países industrializados (23). Esto supone un problema económico significativo ya que es de causa compleja y por ser multifactorial (factor sanitario, laboral, social).

La lumbalgia puede manifestarse clínicamente de varias maneras. Puede presentarse como un dolor localizado únicamente en la región lumbar, conocido como lumbalgia simple o no irradiada. También puede irradiarse hacia una o ambos miembros inferiores, siguiendo el curso de un nervio o sus ramificaciones, lo que se conoce como lumbalgia irradiada. En estos casos de irradiación, el dolor puede estar acompañado de síntomas neurológicos como hormigueos o parestesias. Cuando el dolor se extiende a lo largo del territorio del nervio ciático, se denomina ciática o lumbociática (22,24).

El objetivo final en el abordaje de la lumbociatalgia es mejorar la calidad de vida y la funcionalidad de la persona que la padece, permitiéndole llevar a cabo sus actividades cotidianas con el mayor nivel posible de bienestar (24).

Como se hace mención líneas arriba, muchas veces se encuentra asociado a factores laborales, como los tiene el personal policial, puesto que 3 de cada 10 policías en actividad refiere haber sufrido dolor en región lumbar, de los cuales 1 de 10 incluye compromiso de ciática. motivo por el cual el manejo precoz y oportuno de esta patología es de suma importancia.

La lumbalgia generalmente tiene un buen pronóstico y tiende a manifestarse como una condición autolimitada. Se estima que aproximadamente el 40 % de los episodios agudos se alivian en un tiempo de 7 días aproximadamente, y hasta el 90 % resuelve dentro de las 6 semanas posteriores a su inicio. Dentro de manejo se incluye analgesia, aparatos ortopédicos y terapia física (25), empleando fármacos vía intramuscular durante los primeros 3 días, luego se opta por continuar con vía oral, según la evolución del cuadro clínico: diclofenaco 75 mg: Administrar 1 ampolla por vía intramuscular durante 3 días y orfenadrina 60 mg: Administrar 1 ampolla por vía intramuscular durante 3 días. Para posterior inicio de vía oral con paracetamol 500 mg: Tomar 1 tableta cada 8 horas por vía oral durante 3 días y orfenadrina 100 mg: Tomar 1 tableta cada 24 horas por vía oral durante 3 días.

Tratamiento no farmacológico: Adoptar medidas higiénico-posturales, utilizar corsés o cinturones lumbares, según sea necesario y realizar ejercicios específicos para fortalecer la zona lumbar, evitando sobrecargas (26).

Caso clínico n.º 4

Impresión diagnóstica: Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en el adulto

Análisis: En este paciente, el diagnóstico es neumonía adquirida en la comunidad, una enfermedad infecciosa aguda del parénquima pulmonar que se contrae en entornos extrahospitalarios o dentro de las primeras 48 horas de hospitalización. Se estima que solo el 40 % de los pacientes con esta condición requieren hospitalización, y solo el 10 % necesitan cuidados

intensivos (27).

El agente etiológico más común es el *Streptococcus pneumoniae*, mientras que los agentes atípicos incluyen *Mycoplasma pneumoniae* y *Coxiella burnetii*, ya que no presentan los síntomas típicos (28). Dentro de los factores de riesgo asociados se incluye enfermedades como la diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, alcoholismo y enfermedad renal.

En el presente caso se menciona un paciente con un factor de riesgo importante, que es la hipertensión, asimismo refiere una clínica de 6 días que inicia con tos productiva, se agrega disnea y fiebre, el paciente es traído a la emergencia por presentar mayor dificultad respiratoria, este caso es altamente sugestivo de algún proceso respiratorio agudo, asimismo, al evaluar la radiografía se determina un cuadro neumónico. Cómo se produce fuera de un ambiente hospitalario, el diagnóstico se define como Neumonía adquirida en la comunidad.

Antes de iniciar el tratamiento es crucial considerar los siguientes factores:

- a) Necesidad de hospitalización: Se debe evaluar si el paciente requiere ser hospitalizado o si puede ser manejado de forma ambulatoria.
- b) Edad y presencia de comorbilidades: La edad del paciente y la presencia de condiciones médicas preexistentes, como diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), o enfermedad renal, pueden influir en el manejo y pronóstico de la neumonía.
- c) Gravedad de la NAC en el momento del diagnóstico: Se debe evaluar la gravedad de la neumonía en el momento del diagnóstico para determinar el tratamiento adecuado, que puede variar desde el manejo ambulatorio hasta la hospitalización (28).

Una vez que se han definido estos puntos, se inicia un tratamiento antibiótico empírico basado en las recomendaciones establecidas. Es importante seguir de cerca la evolución de los pacientes para detectar cualquier deterioro clínico o falta de respuesta al tratamiento inicial (28,29). Aquellos pacientes que no mejoren con el tratamiento inicial deben ser reevaluados de manera exhaustiva

para definir Al valorar el tratamiento para pacientes con neumonía adquirida en la comunidad (NAC), es fundamental considerar los microorganismos que se pretenden abordar, así como el problema de las resistencias bacterianas que existen en nuestro país. Los datos de resistencia bacteriana disponibles actualmente se basan principalmente en pacientes que han sido hospitalizados debido a la gravedad de su condición y/o a enfermedades concomitantes (29).

Es esencial tener en cuenta la epidemiología local de los microorganismos causantes de neumonía y sus patrones de resistencia a los antibióticos. Esto ayuda a seleccionar el tratamiento antibiótico más adecuado, teniendo en cuenta la probabilidad de infecciones causadas por bacterias resistentes.

Por lo tanto, al elegir el tratamiento antibiótico para la NAC, se deben considerar tanto las guías clínicas actuales como la epidemiología local de los microorganismos y las resistencias bacterianas. Esto asegura un tratamiento efectivo y reduce el riesgo de fracaso terapéutico debido a la resistencia bacteriana (29).

Según las recomendaciones de práctica clínica del Departamento de Medicina Interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza para el tratamiento de la Neumonía adquirida en la comunidad del año 2022, que en casos de pacientes que no presentan comorbilidades, ni riesgo de resistencia antibiótica y con funciones vitales estables, se sigue la administración por vía oral de:

Amoxicilina 500 mg vía oral cada 8 horas durante 7 a 10 días. Como alternativas, se pueden utilizar: Azitromicina: 500 mg en el primer día, seguido de 250 mg una vez al día durante 5 días. Doxiciclina: 200 mg inicialmente, seguido de 100 mg cada 12 horas durante 5 días.

Sin embargo, en el presente caso, tenemos un paciente con comorbilidades y una NAC grave, por lo cual se decide su hospitalización, soporte oxigenatorio e inicio de terapia antibiótica endovenosa con Ceftriaxona 2g c/24 ev por 7 día de inicio (29).

Pediatría

Caso clínico n.º 1

Impresión Diagnóstica: Deshidratación moderada por Enfermedad Diarreica Aguda

Análisis: La deshidratación o hipovolemia en niños es un cuadro clínico causado por la pérdida de grandes volúmenes de agua y electrolitos o por la poca o nula ingesta de líquidos que genere compromiso a nivel circulatorio, renal, neurológico e incluso a nivel pulmonar, pudiendo ocasionar shock hipovolémico (30). El cuadro clínico clásico de un paciente deshidratado se presentará según la gravedad donde la deshidratación leve no presenta mucha sintomatología, en el caso de deshidratación moderada que presenta nuestro paciente se presenta con irritabilidad, mucosas secas, taquicardia, taquipnea, fontanela anterior deprimida (en lactantes), producción de orina reducida y en el caso de una deshidratación severa se presenta con alteración del estado de conciencia, presión sistólica disminuida, palidez marcada, signo del pliegue positivo, extremidades frías, taquicardia, taquipnea e incluso anuria (31). La etiología gastrointestinal es la más frecuentemente asociada, sin embargo, es de importancia mencionar otras como las causas cutáneas (por quemaduras, fiebre), renales (diuréticos, nefropatías), endocrinológicas (diabetes mellitus) (30). Asimismo, es de importancia clasificarla porque según el grado de deshidratación se podrá dar un manejo estricto y adecuado para cada caso. Esta se basa de tres grados: Leve (pérdida de 3-5 kg de peso / déficit de 30-50 ml/kg), moderada (pérdida de 5-9kg de peso / déficit 50-90 ml/kg) y grave (pérdida de mayor de 9kg / déficit de más de 90-100 ml/kg) (32). En el caso de nuestro paciente presenta deshidratación moderada se sugiere la administración de suero de rehidratación oral (50-100 ml/kg/4 hrs), pero al haber intolerancia oral se recomienda por vía endovenosa con la misma dosificación, y al haber una reacción inflamatoria en heces positiva se recomienda administración de antibiótico de amplio espectro con previo coprocultivo para determinar el agente causal.

Caso clínico n.º 2

Impresión diagnóstica: Otitis Media Aguda

Análisis: La Otitis Media Aguda (OMA) es una patología clínica que se define como la infección bacteriana aguda del oído medio que presenta un inicio súbito y de duración corta (33). Representa una de las principales razones de prescripción médica de antibióticos en la infancia, siendo la incidencia más frecuente en niños de entre 6-24 meses, y esto se debe a la anatomía inmadura donde la trompa de Eustaquio es más corta, flexible y horizontal lo que hace más susceptible que las secreciones nasales ingresen al oído medio con facilidad (34). Posteriormente a este rango de edad la incidencia comienza a disminuir siendo así que en niños de edad escolar y adolescentes es poco común (34). Uno de los factores de riesgo más implicado en la OMA es la edad (anatomía, Guarderías), historia familiar de hermanos con OMA, exposición al humo del tabaco, uso de chupones, temporada de invierno / otoño, inmunodeprimidos (VIH, paladar hendido) (34). El cuadro clínico incluye dolor del oído afectado (el mejor predictor), otorrea purulenta, fiebre 38 °C, pérdida de la audición ipsilateral al lado afectado, sin embargo, existe una menor proporción de niños que presentan complicaciones del OMA y que se manifiestan con mareos, vértigos, problema con el equilibrio, parálisis de pares craneales, y está altamente relacionado a la falta de recursos médicos y ambientales (35).

El diagnóstico se basa en una buena anamnesis (antecedentes, cuadro clínico) y examen físico, y para esto se requiere del uso del otoscopio (de preferencia de cabeza redonda) ya que permite evaluar el estado de la membrana timpánica (posición, movilidad, translucencia, color, presencia de fluidos, niveles hidroaéreos, perforación) (35). En el caso del paciente presentado se evidenció una membrana timpánica opaca, abombada con dolor a la movilización, e incluso al introducir el otoscopio. Para el diagnóstico etiológico se requiere de la timpanocentesis donde se aspira líquido del oído medio para cultivarlo y administrar el antibiótico adecuado, sin embargo, este examen no es de rutina, y se prefiere iniciar administración de antibióticos de amplio espectro (amoxicilina 500mg + ácido clavulánico 125 mg: 1 tableta cada 8 horas por 10 días) contra otopatógenos más frecuentemente aislados

como *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, y otros menos frecuente como *Streptococcus pyogenes*. Asimismo, se administra un antiinflamatorio no esteroideo (ibuprofeno 400 mg: 1 tableta cada 8 horas por 3 días) como sintomático para aliviar el dolor (33).

Caso clínico n.º 3

Impresión diagnóstica: Enfermedad de Kawasaki

Análisis: La Enfermedad de Kawasaki es una vasculitis (pequeño y mediano calibre) sistémica que se caracteriza por ser autolimitada pero aguda lo que conlleva a complicaciones peligrosas dejando como secuela una coronariopatía incluso después de haber recibido el tratamiento.(36) Conforman dentro de las principales causas de enfermedad cardíaca y vascular en niños de países desarrollados, generalmente afecta a niños menores de 5 años con una máxima incidencia (85 %) entre los 18 y 24 meses.(37) La EK se manifiesta generalmente con picos febriles de 40 °C que no cesa con sintomático, inyección conjuntival no supurativa bilateral, exantemas polimorfos (maculares, papulosos, escarlatiniforme), linfadenopatías (principalmente cervical unilateral) dolorosa, y en algunos casos afectación cardíaca (soplo, ritmo de galope, miocarditis, aneurisma coronario). Asimismo, se divide en 3 fases: Fase febril aguda: se caracteriza por la presencia de cuadro febril que dura aproximadamente 10 días, fase subaguda: dura entre 2 y 4 semanas, y la fase convaleciente: donde se resuelven la sintomatología (37).

El manejo de un paciente con enfermedad de Kawasaki se basa en la identificación de la gravedad del cuadro, siendo los de alto riesgo aquellos pacientes menores de 12 meses de edad con alteración del hemograma (hematocrito menor de 35 %, disminución progresiva desde la detección del cuadro, plaquetas menor de 300 000/mm³, neutrófilos mayor de 80 %), perfil hepático (aspartato amino transferasa mayor de 100 UI/l), fase de reactante aguda (PCR mayor de 200mg/l) y de electrolitos (Na⁺ menor de 133 mmol/l). El caso del paciente presentado presenta EK de bajo riesgo, cuyo dicho tratamiento se basa en la administración de Inmunoglobulina EV (2g/kg en una sola infusión en 12 horas) asociado a Ibuprofeno 35-40 mg/kg/día cada 8

horas o Ácido acetilsalicílico 30-50mg/kg/días cada 6 horas y Omeprazol 20mg/kg/día. Posteriormente al cese del cuadro febril se puede dar de alta hospitalaria (37).

Caso clínico n.º 4

Impresión diagnóstica: Insuficiencia respiratoria por crisis asmática

Análisis: El asma es un problema de salud pública porque genera un gran impacto económico y en la calidad de vida (38). El Asma se define como una enfermedad crónica frecuente que se presenta en la infancia, se estima que 1 de cada 9 niños padece esta enfermedad (39). Esta patología crónica se caracteriza por la presencia de cuadro obstructivo de las vías respiratorias, que es desencadenada por factores endógenos (predisposición genética, género masculino, atopía) y ambientales (exposición al humo del tabaco, alérgenos, ejercicio excesivo).

En el caso del paciente presentó una crisis asmática por lo que requiere de terapia de rescate para cesar la broncoconstricción, esta se basa en la administración de inhaladores beta 2 adrenérgico de acción corta (SABA) como salbutamol que actúan en 5 minutos, y a esto asociado a un glucocorticoide sistémico por vía endovenosa, además de suministrar oxígeno con flujo controlado para mantener una saturación de oxígeno (SatO₂) de 94-98 %. Todo esto por un máximo de 3 repeticiones. Posteriormente se tendrá un control de las funciones vitales y sintomatología cada hora. En el caso de nuestro paciente fue hospitalizado para que pueda ser monitoreado por 24 horas post crisis de broncoespasmo. Posteriormente el paciente es dado de alta con tratamiento de mantenimiento basado en el uso de inhaladores SABA 2 puff cada 4 horas por 2 días, seguido de 2 puff cada 6 horas por 3 días más, y esto asociado al uso de corticoides inhalatorios como Budesonida 1 puff cada 24 horas por 1 mes.

Cirugía General

Caso clínico n.º 1

Impresión Diagnóstica: Apendicitis aguda complicada; Absceso post quirúrgico

Análisis: El paciente exhibe síntomas típicos de apendicitis aguda, cuya causa puede ser por la presencia de fecalito más frecuente en adolescentes y adultos, siendo esta la principal causa de cirugía de emergencia a nivel mundial (40). Asimismo, es considerado un problema de salud pública importante, puesto que el 7 % de la población experimentará apendicitis en algún momento de su vida, siendo más afectado el sexo masculino de manera discreta, ya que en hombres se presenta con una incidencia del 8.6 %, y en mujeres del 6.7 %., siendo más frecuente en la segunda y tercera décadas de la vida (40).

El paciente ingresó con dolor abdominal inicialmente se localizó en la región epigástrica que posteriormente migra a fosa iliaca derecha, síntoma clásico presente en la mayoría de los casos de apendicitis aguda (41). Además, se agregan fiebre, hiporexia, náuseas y vómitos, cumpliendo con la triada de Murphy, la cual se presenta en un cuadro clínico con una evolución que supera las 12 horas. Los hallazgos del examen físico, como el signo de McBurney positivo y otros signos como el signo de Rovsing, indican un diagnóstico reforzado de apendicitis aguda. Asimismo, el paciente también presentó signo de Blumberg positivo, indicativo de irritación peritoneal, y dado el tiempo de enfermedad de 3 días, se consideró una apendicitis complicada (41,42). La escala de Alvarado dio como resultado un puntaje de 7, indicando la necesidad de tratamiento quirúrgico de emergencia, por lo que se sometió a una apendicectomía laparoscópica seguida de tratamiento antibiótico con ciprofloxacino y metronidazol, ya que, por el tiempo de enfermedad, se trataría de una apendicitis complicada necrosada, necesitando cubrir con antibióticos que cubran Gram negativos y anaerobios (40,43).

Posterior al alta el paciente cursa con dolor y fiebre con escalofríos al 7mo día, según las complicaciones esperadas después de una cirugía, lo más congruente es un absceso en el sitio operatorio (43,44), el cual se confirmó con ecografía. Según las dimensiones de la colección se decide la conducta

a seguir, si drenaje con antibioticoterapia endovenosa o solo antibióticos vía oral.

Caso clínico n.º 2

Impresión Diagnóstica: Absceso perianal.

Análisis: Esta patología ano rectal es causado por una infección de las glándulas anales, caracterizada por la formación de una colección purulenta cerca del recto y el canal anal (45).

Como el caso clínico planteado, los pacientes suelen quejarse de dolor anal intenso y continuo, que puede aumentar durante las deposiciones o al sentarse, acompañado de fiebre y malestar general (45,46).

Dentro del manejo se recomienda el drenaje temprano del absceso, preferiblemente cerca del ano para reducir la longitud del trayecto de una posible fístula. En casos de pacientes con inmunosupresión u obesidad, se puede considerar el uso de antibióticos después del drenaje, medios físicos como baños de asiento con agua tibia y agentes ablandadores de heces (45,46).

Caso clínico n.º 3

Impresión Diagnóstica: Coledocolitiasis; Colecistitis crónica calculosa reagudizada

Análisis: El caso clínico presenta un caso de coledocolitiasis, que por su denominación hace referencia a la presencia de cálculos en el colédoco, muchas veces asociado a la preexistencia de litos en la vesícula, los cuales son expulsados y obstruyen la luz de la vía biliar, dando con manifestaciones clínicas la ictericia y coluria, ante este cuadro el manejo inicial y el Gold standard es una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), un procedimiento en donde se realiza endoscópicamente la extracción de litos, dejando la vía biliar permeable con posibilidad de plantear una colecistectomía

electiva por litiasis vesicular (47,48).

La colecistitis crónica suele ser asintomática en muchos casos. Sin embargo, cuando se manifiestan síntomas, el dolor abdominal agudo constante en el hipocondrio derecho es el principal, con una duración mayor a 5 horas y a menudo irradiado hacia la espalda (48). Este dolor se acompaña frecuentemente de náuseas, vómitos y fiebre que oscila entre 37.5 y 39°C (49).

Durante el examen físico, se observa hipersensibilidad en el hipocondrio derecho, junto con dolor y detención inspiratoria durante la palpación, un fenómeno conocido comúnmente como el signo de Murphy. Además, puede haber resistencia muscular a la exploración (48,49). En los pacientes ancianos, especialmente si son diabéticos, es posible que no presenten dolor.

Cuando se presentan complicaciones, las manifestaciones clínicas pueden incluir una vesícula palpable, fiebre superior a 39°C, escalofríos, inestabilidad hemodinámica y signos de peritonitis generalizada como distensión abdominal, taquicardia, taquipnea, acidosis metabólica o choque (49,50).

En los análisis de laboratorio, se observa elevación de los leucocitos, así como un aumento en los niveles de bilirrubinas a predominio indirecto y elevación de la fosfatasa alcalina. En el examen completo de orina (ECO), puede haber un aumento en la excreción de urobilinógenos. En cuanto al diagnóstico, estos hallazgos clínicos y de laboratorio junto con la historia clínica y los estudios de imagen como la ecografía abdominal suelen ser suficientes para confirmar la presencia de colecistitis crónica en vías de reagudización (51).

El tratamiento implica la realización de colecistectomía laparoscópica, que se considera el estándar de oro para el tratamiento quirúrgico de los cálculos biliares, ofreciendo menos dolor postoperatorio, mejor apariencia estética y una recuperación más rápida. Cabe resaltar que el manejo quirúrgico va acompañado de la educación al paciente, quien debe tener modificaciones en la dieta (51).

Caso clínico n.º 4

Impresión Diagnóstica: Obstrucción intestinal intermedia aguda debido a bridas y adherencias.

Análisis: La obstrucción intestinal se caracteriza por la detención completa y persistente del tránsito intestinal, impidiendo que el material digerido se elimine normalmente (52). Dentro de los cuadros de abdomen agudo, la oclusión intestinal, ya sea completa o incompleta, es una de las condiciones más frecuentes. Esta representa entre el 20 % y el 35 % de todos los ingresos urgentes en las áreas quirúrgicas hospitalarias (53,54). Esto puede ser causado por la presencia de tejido fibroso que comprime el intestino, lo cual puede desarrollarse años después de una cirugía abdominal, como el caso antes expuesto o también puede ser provocado por ciertos medicamentos (54).

El manejo de la obstrucción se centra en inicialmente en un balance hidroelectrolítico estricto, lo que implica suspender la alimentación oral, colocar una sonda nasogástrica para la descompresión, hidratación; determinar el nivel de la obstrucción según el cuadro clínico, en donde consideramos el grado de distensión abdominal y características del vómito, para así determinar sus posibles causas, teniendo en cuenta los antecedentes, como lo son los antecedentes quirúrgicos (55).

Una vez establecido el diagnóstico, el tratamiento consiste en resolver la obstrucción, muchas veces se resuelve con manejo médico; sin embargo, muchas veces requiere manejo quirúrgico, como el caso en mención, la cirugía a realizar va a depender de la causa y de la experticia del médico, ya que puede abarcar desde una laparoscopia hasta realizar una laparotomía exploratoria para liberar las bridas, extirpar las causas de la obstrucción cuando sea posible o realizar derivaciones intestinales internas o externas si es necesario (54,55).

IV. CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

La fase de internado se presenta como una experiencia esencial e integral para complementar la formación de los futuros médicos. Durante este período, se tiene la oportunidad de aplicar de manera práctica los conocimientos acumulados a lo largo de los seis primeros años de la carrera, abordando la medicina desde sus fundamentos hasta las especialidades. No obstante, los primeros meses de internado suelen ser exigentes tanto desde el punto de vista físico como mental. Los internos se encuentran ante la tarea de no solo estudiar, sino también de asumir la responsabilidad de atender y tratar a los pacientes, todo ello dentro de un horario establecido por el hospital y el servicio de rotación.

En contraste con otros internos, tuvo la suerte de realizar las cuatro grandes rotaciones descritas anteriormente en un hospital clasificado como nivel III-1. En el año 2023, debido al contexto de la pandemia, y la crisis sanitaria ocasionada por la misma, la duración del internado se vio reducida a 10 meses.

La responsabilidad de la Dirección de la Sanidad Policial (DIRSAPOL) es asegurar la prestación oportuna y de alta calidad de servicios médicos a todos los asegurados. Esto implica la correcta gestión y distribución de medicamentos de calidad, así como la ejecución de actividades integrales de atención médica para prevenir, promover y recuperar la salud del personal policial y sus familias. Por otro lado, el Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú (SALUDPOL) cubre ciertos procedimientos que no pueden llevarse a cabo en el hospital, y también reembolsa a los asegurados por los gastos de medicamentos no disponibles. Los beneficiarios de estos servicios incluyen a los hijos, padres y cónyuges de los policías.

La oportunidad de colaborar y adquirir conocimientos junto a médicos destacados, compañeros de trabajo y, especialmente, los pacientes durante nuestro internado en el Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz fue una experiencia inestimable. Durante este periodo, se destacó la importancia del

afecto y compromiso hacia los pacientes, así como el desarrollo de habilidades comunicativas y de empatía para comprender la perspectiva del paciente y considerar cómo desearían ser tratados.

CONCLUSIONES

1. El periodo de internado médico se erige como una fase fundamental y enriquecedora para cada estudiante de medicina, ya que lo aprendido en esta etapa desempeñará un papel esencial en la preparación para abordar adecuadamente a los futuros pacientes. Esto adquiere especial importancia al considerar la próxima meta que es el SERUMS.
2. La oportunidad de realizar el internado en un hospital de alta complejidad y con renombre, como el Hospital Nacional Luis N. Sáenz, ha permitido conocer enfermedades más raras y complejas. Además, se ha adquirido conocimiento tanto teórico como práctico debido a la alta capacidad resolutive del hospital. Las enseñanzas recibidas de médicos especializados y la experiencia en el manejo de equipos de imágenes avanzados, como resonancias y tomografías, han sido valiosas, en la última etapa de formación.
3. Asimismo, se ha obtenido comprensión tanto en la teoría como en la práctica gracias a la eficaz capacidad de resolución del hospital. Las lecciones impartidas por médicos especializados y la práctica en el manejo de tecnologías de imágenes avanzadas, como resonancias y tomografías, han resultado ser de gran valor en la etapa final de la formación.
4. El cambio de ritmo de vida experimentado durante el internado, así como las diversas habilidades adquiridas, contribuirán a un mejor rendimiento en futuros planes de trabajo, independientemente del área laboral dentro de un hospital.

RECOMENDACIONES

1. Es fundamental extender la disponibilidad y obtener ciertos medicamentos y reactivos de laboratorio, incluso si están especificados en el petitorio. En algunas situaciones, la falta de existencias o problemas de inventario puede surgir. Este aspecto cobra particular importancia al tener en cuenta que no todos los pacientes tienen igualdad de recursos económicos. Además, es importante señalar que SALUDPOL a veces tarda al menos 3 meses en realizar la devolución de los gastos, lo que representa un desafío financiero para los pacientes.
2. Sería recomendable que el próximo año se regularice la duración del internado a doce meses, como era previo a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, ya que los dos meses adicionales son oportunidades de prácticas y enseñanzas valiosas en cada una de las rotaciones.
3. Se sugiere la creación de espacios en el hospital donde los internos puedan descansar o estudiar durante sus tiempos libres. Esto sería beneficioso para aquellos compañeros que residen en zonas alejadas al hospital y que corren riesgos o enfrentan dificultades al regresar a sus hogares después de sus labores.
4. A los internos recién llegados, se les recomienda cultivar respeto, afecto, empatía y atención hacia sus pacientes. Es importante que muestren iniciativa y un interés activo en aprender diversos procedimientos. Además, resulta crucial escuchar atentamente a los pacientes y, sobre todo, proporcionarles confianza y optimismo en cuanto a su salud y futuro.
5. Asimismo, se hace un llamado al gobierno para que el salario mensual de los internos se mantenga y se incremente al menos al nivel del salario mínimo. Los internos forman parte de la fuerza laboral y brindan un apoyo significativo a los médicos asistentes.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ochoa A., Pérez Dettoma J.. Amenaza de parto prematuro: Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2009 [citado 2024 Feb 11]; 32(Suppl 1): 105-119. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200011&lng=es.
2. Alvarado Ñato DrCJ, Pérez Aliaga DrCF, Guevara Ríos DrE, Meza Santibañez DrL, García de los Rios Villazón DrR. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y DE PROCEDIMIENTOS EN OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2023. 2023 [Internet]. Disponible en: file:///C:/Users/Admin/Downloads/GUIAS_DE_PRACTICA_CLINICA_Y_PROCEDIMIENTOS_EN_OBSTETRICIA_2023%20.pdf
3. Robinson DJ, Norwitz DE. Parto prematuro espontáneo: descripción general de los factores de riesgo y pronóstico [Internet]. [citado 11 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/spontaneous-preterm-birth-overview-of-risk-factors-and-prognosis?search=amenaza%20de%20parto%20prematuro&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
4. Tulandi T. Embarazo ectópico: epidemiología, factores de riesgo y sitios anatómicos - UpToDate [Internet]. [citado 11 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-epidemiology-risk-factors-and-anatomic-sites?search=embarazo%20ectopico&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4
5. GUIA DE PRACTICA CLINICA: MANEJO DEL EMBARAZO ECTOPICO DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS CASIMIRO ULLOA. 2021. 2021 [Internet]. Disponible en: https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/GUIA_DE_PRACTICA_CLINICA_MANEJO_DEL_EMBARAZO_ECT%C3

[%93PICO.PDF](#)

6. Embarazo ectópico. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2007;50(6):377-85.

7. ASOCIACION INTERNACIONAL DE UROGINECOLOGIA. PROLAPSO GENITAL: GUIA PARA MUJERES. Disponible en: <https://www.yourpelvicfloor.org/media/pelvic-organ-prolapse-spanish.pdf>

8. REVISTA OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA: PROLAPSO DE ORGANOS PELVICOS. 2020; Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n1/11_Prolapso_de_los_organos_pelvicos_2019.pdf

9. Rogers DrR, B Fashokun DrT. Prolapso de órganos pélvicos en mujeres: epidemiología, factores de riesgo, manifestaciones clínicas y manejo. 2022; Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pelvic-organ-prolapse-in-females-epidemiology-risk-factors-clinical-manifestations-and-management?search=CISTOCELE&source=search_result&selectedTitle=1~46&usage_type=default&display_rank=1#

10. Mainar LB, Rubio CA, Calvo IA, Morales MC, Serrano CF, Agudo BG, et al. Protocolo aragonés de enfermedad inflamatoria pélvica. Disponible en: <https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n6/01%20Protocolo%20aragones%20de%20enfermedad%20inflamatoria%20pelvica.pdf>

11. Ross J. Enfermedad inflamatoria pélvica: manifestaciones clínicas y diagnóstico - UpToDate [Internet]. [citado 11 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=enfermedad%20pelvica%20inflamatoria&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2

12. Bono MJ, Leslie SW, Reygaert WC. Urinary Tract Infection. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.

13. Gajdács M, Urbán E. Comparative Epidemiology and Resistance Trends of Proteae in Urinary Tract Infections of Inpatients and Outpatients: A 10-Year Retrospective Study. *Antibiotics (Basel)*. 2019;8(3):E91. doi: <https://doi.org/10.3390/antibiotics8030091>
14. Stickler D, Ganderton L, King J, Nettleton J, Winters C. *Proteus mirabilis* biofilms and the encrustation of urethral catheters. *Urol Res*. 1993;21(6):407-11. doi: <https://doi.org/10.1007/bf00300077>
15. Mensa J, Soriano A, García JE, Jiménez EL, López E, Marco F. *Guía de terapéutica antimicrobiana*. España: Antares; 2019.
16. Rubio-Sánchez R., Lepe-Balsalobre E. Importancia de la cristaluria por estruvita en el diagnóstico de la infección urinaria por *Proteus mirabilis*. *Rev Mex Urol*. 2022;82(5):pp. 1-6.
17. FICA C ALBERTO. Celulitis y erisipela: Manejo en atención primaria. *Rev. chil. infectol.* [Internet]. 2003 ; 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>.
18. Skov RL, Jensen KS. Community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* as a cause of hospital-acquired infections. *J Hosp Infect* [Internet]. 2009 Dec ;73(4):364-70. Available from: Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19786313>
19. Castrillón-Spitia J, Ocampo-Palacio A, Rivera-Echeverry C, Londoño Montes J, Betancur M, Machado Alba. Prescripción de antibióticos en infecciones de piel y tejidos blandos en una institución de primer nivel. *CES Med* [Internet]. 2012];32(1):3-13. Available from: Available from: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/viewFile/4015/2866>
20. Ziede R. Edmundo, Ojeda G. Javiera, Cortés Z. Matías, Laborde R. Nafissa, Barría A. Nicolás, Jans B. Jaime. Factores de riesgo asociados a evolución desfavorable en el tratamiento de las infecciones de partes blandas. *Rev. cir.* [Internet]. 2022 Abr ; 74(2): 149-156. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492022000200149&lng=es. <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-454920220021286>.

21. Valderrama-Beltrán Sandra, Cortés Jorge Alberto, Caro María Alejandra, Cely-Andrade Leonardo, Osorio-Pinzón Johanna Vanesa, Gualtero Sandra Milena et al . Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Manejo de las Infecciones de Piel y Tejidos Blandos en Colombia. Infect. [Internet]. 2019 Dec ; 23(4): 318-346. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-93922019000400318&lng=en. <https://doi.org/10.22354/in.v23i4.805>.

22. Ojeda González José Julio, Jerez Labrada Jorge Alberto. Dolor de espalda. Generalidades en su diagnóstico y tratamiento. Rev Cubana Ortop Traumatol [Internet]. 2022 Sep ; 36(3): e446. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X2022000300005&lng=es

23. Kolber MR, Ton J, Thomas B. PEER systematic review of randomized controlled trials: Management of chronic low back pain in primary care. Can Fam Physician. 2021;67(1):20-30. DOI: <https://doi.org/10.46747/cfp.6701e20>

24. Louw A, Goldrick S, Bernstetter. Evaluation is treatment for low back pain. J Man Manip Ther. 2021;29(1):4-13. DOI: <https://doi.org/10.1080/10669817.2020.1730056>

25. Lemieux J, Abdollah V, Powelske B, Kawchuk G. Comparing the effectiveness of group-based exercise to other non-pharmacological interventions for chronic low back pain: A systematic review. PLoS One. 2020;15(12):e0244588. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244588>

26. Hayden JA, Wilson MN, Stewart S, Cartwright JL, Smith AO, Riley RD, et al. Meta-Analysis Group. Exercise treatment effect modifiers in persistent low back pain: an individual participant data meta-analysis of

3514 participants from 27 randomized controlled trials. Br J Sports Med. 2020;54(21):1277-8. DOI: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-101205>

27. Cemeli Cano Mercedes, Laliena Aznar Sara, Valiente Lozano José, Martínez Ganuza Berta, Bustillo Alonso Matilde, García Vera César. Características clínicas y evolutivas de la neumonía adquirida en la comunidad en pacientes hospitalarios. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2020 Mar ; 22(85): 23-32. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322020000100005&lng=es.

28. Saldías PF, Diaz PO. Evaluación y manejo de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad | Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. [citado 12 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-evaluacion-manejo-neumonia-del-adulto-S0716864014700707>

29. González Del Castillo J, Julián-Jiménez A, Candel FJ. Neumonía comunitaria: selección del tratamiento empírico y terapia secuencial. Implicaciones del SARS-CoV-2 [Community-acquired pneumonia: selection of empirical treatment and sequential therapy. SARS-CoV-2 implications]. Rev Esp Quimioter. 2021 Dec;34(6):599-609. Spanish. doi: 10.37201/req/144.2021.

30. García Herrero Á, Olivas López de Soria C, López Lois G. DESHIDRATACION AGUDA. 2020; Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/17_deshidratacion.pdf

31. J Somers M. Signos pediátricos de deshidratación - UpToDate [Internet]. [citado 12 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=PEDS%2F76198&topicKey=PEDS%2F6142&search=deshidratacion%20en%20ni%C3%B1os&rank=1~150&source=see_link

32. J Somers M. Evaluación clínica de la hipovolemia (deshidratación) en

niños. 2023; Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-assessment-of-hypovolemia-dehydration-in-children?search=deshidratacion%20en%20ni%C3%B1os&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

33. Cruz Cañete M, López Martín D. Otitis media aguda y otitis externa. Mastoiditis. 2023; Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/6_otitis.pdf

34. Pelton S, Tähtinen P. Otitis media aguda en niños: epidemiología, microbiología y complicaciones. 2023; Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-otitis-media-in-children-epidemiology-microbiology-and-complications?search=otitis%20media%20aguda&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=

35. R Wald E. Otitis media aguda en niños: manifestaciones clínicas y diagnóstico. 2022; Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-otitis-media-in-children-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=otitis%20media%20aguda&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4

36. Sundel R. Enfermedad de Kawasaki: Epidemiología y Etiología. 2023; Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/kawasaki-disease-epidemiology-and-etiology?search=enfermedad%20de%20kawasaki%20en%20pediatr%C3%ADa&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5

37. Sánchez-Manubens J. Enfermedad de Kawasaki. Sociedad Española de Reumatología Pediátrica [Internet]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19_kawasaki.pdf

38. Torres Borrego J, Ortega Casanueva C, Tortajada-Girbés M. Tratamiento del asma pediátrica. Tratamiento de la crisis de asma. 2019;

Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/08_tratamiento_asm_a.pdf

39. EsSalud W. EsSalud: Uno de cada cinco niños sufre de asma en el Perú | EsSalud [Internet]. [citado 12 de febrero de 2024]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-uno-de-cada-cinco-ninos-sufre-de-asma-en-el-peru/>

40. Souza-Gallardo LM, Martínez-Ordaz JL. Apendicitis aguda. Manejo quirúrgico y no quirúrgico [Acute appendicitis. Surgical and non-surgical treatment]. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017 Jan-Feb;55(1):76-81. Spanish. PMID: 28092251. Juan-Pastor A. [Apendicitis aguda y la importancia del diagnóstico clínico]. Gac Med Mex. 2019;155(1):112. Spanish. doi: 10.24875/GMM.19004946. PMID: 30799465

41. Borruel Nacenta S, Ibáñez Sanz L, Sanz Lucas R, Depetris MA, Martínez Chamorro E. Update on acute appendicitis: Typical and untypical findings. Radiologia (Engl Ed). 2023 Mar;65 Suppl 1:S81-S91. doi: 10.1016/j.rxeng.2022.09.010. PMID: 37024234

42. Hernández-Cortez Jorge, León-Rendón Jorge Luis De, Martínez-Luna Martha Silvia, Guzmán-Ortiz Jesús David, Palomeque-López Antonio, Cruz-López Néstor et al . Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cir. gen [revista en la Internet]. 2019 Mar ; 41(1): 33-38. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033&lng=es

43. Benedetto G, Ferrer Puchol MD, Llavata Solaz A. Suspicion of acute appendicitis in adults. The value of ultrasound in our hospital. Radiologia (Engl Ed). 2019 Jan-Feb;61(1):51-59. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rx.2018.08.007. Epub 2018 Oct 2. PMID: 30290969.

44. Cabrera LF, Mendoza-Zuchini A, Bernal F, Pedraza M, Martínez JS, Olarte CE. Evaluación de factores asociados a formación de colecciones intraabdominales en apendicectomía monopuerto para apendicitis aguda

complicada. Cir Cir. 2021;89(3):384-389.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34037621/>

45. Arroyo-Martinez Quetzalihuítl, Gonzalez-de Pedro Carlos, Perea-del Pozo Eduardo, Martinez-Nuñez Sara, Padillo-Ruiz Francisco J., Portilla-de Juan Fernando De la. Urgent care practice in anorectal abscess. Still a pending task. Cir. cir. [revista en la Internet]. 2020 Dic [citado 2024 Feb 12] ; 88(6): 690-697. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2020000600690&lng=es. Epub 08-Nov-2021.
<https://doi.org/10.24875/ciru.20000926>.

46. Bleda R. ABSCESO PERIANAL Y PERIRRECTAL. 2022; Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/perianal-and-perirectal-abscess?search=absceso%20perianal&source=search_result&selectedTitle=1~66&usage_type=default&display_rank=1

47. Guzmán Calderón Edson, Carrera-Acosta Lourdes, Aranzabal Durand Susana, Espinoza Rivera Saúl, Trujillo Loli Yeray, Cruzalegui Gómez Ricardo et al . Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la coledocolitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis en el Seguro Social del Perú (EsSalud). Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2022 Ene ; 42(1): 58-69. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292022000100058&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.47892/rgp.2022.421.1379>

48. Prieto-Ortiz Robin Germán, Duarte-Osorio Arturo Iván, García-Echeverri Pablo, Ballén-Párraga Hernán. Tratamiento de la coledocolitiasis mediante CPRE e instrumentación a través de un tubo en T. Rev Col Gastroenterol [Internet]. 2020 Sep [cited 2024 Feb 12] ; 35(3): 382-389. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572020000300382&lng=en.

49. Chavez-Rivaldi Cristhian, Brizuela-Bogado Javier David, Acosta-

Fernández Rafael. Características clínicas y quirúrgicas de la colecistitis aguda en pacientes con diabetes mellitus tipo II en la Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica - Sala X del Hospital de Clínicas de San Lorenzo entre los años 2015 y 2021. *Cir. paraguaya*. [Internet]. 2022 Abr ; 46(1): 11-15. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202022000100011&lng=en.
<https://doi.org/10.18004/sopaci.2022.abril.11>.

50. Isaza-Gómez Esteban, Velásquez-Martínez María Antonia, Díaz-Quintero Camilo Andrés, Molina-Céspedes Isabel Cristina, Salazar-Ochoa Santiago, Posada-Moreno Pablo et al . Controversias en cirugía: colelitiasis y coledocolitiasis ¿Exploración de vías biliares laparoscópica más colecistectomía laparoscópica (cirugía en un paso) o CPRE y colecistectomía laparoscópica (cirugía en dos pasos)?. *rev. colomb. cir.* [Internet]. 2022 Sep ; 37(3): 480-491. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822022000300480&lng=en. <https://doi.org/10.30944/20117582.1373>.

51. Estepa Pérez Jorge Luis, Santana Pedraza Tahiluma, Estepa Ramos Jorge Luis, Feliú Rosa José Antonio. Caracterización clínico quirúrgica de la colecistitis aguda en pacientes tratados en el Servicio de Cirugía General. Cienfuegos, 2017- 2019. *Medisur* [Internet]. 2023 Abr; 21(2): 400-411. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2023000200400&lng=es

52. Castro S Marcelo, Renedo D Susana, Droppelmann M Nicolás, Téllez M Juan, Butrón B Sebastián. OBSTRUCCION INTESTINAL: QUE NECESITA SABER EL CIRUJANO. *Rev. chil. radiol.* [Internet]. 2004 [citado 2024 Feb 12] ; 10(4): 165-171. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082004000400004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-93082004000400004>.

53. Brito-Rojas Isabel Cristina, Vega-Peña Neil Valentín. Obstrucción intestinal por adherencias: un lienzo en blanco en el que el cirujano elige los colores. rev. colomb. cir. [Internet]. 2023 Mar [cited 2024 Feb 12] ; 38(1): 154-165. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822023000100154&lng=en
54. Fuentes Merlos Álvaro, López-Bas Valero Rafael. Manejo farmacológico de la obstrucción intestinal maligna. Hosp. domic. [Internet]. 2020 Jun [citado 2024 Feb 12] ; 4(2): 81-87. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2530-51152020000200004&lng=es
55. Idrobo AA, Bastidas BE, Yasno LM, Vargas AL, Merchán Galvis AM. Presentación y desenlace del manejo conservador en obstrucción intestinal por bridas en el Cauca. Rev. colomb. Gastroenterol. [Internet]. 21 de diciembre de 2020 [citado 12 de febrero de 2024];35(4):447-54. Disponible en: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/517>

ANEXOS

1- Insulina escala de corrección intrahospitalaria: Sáez de la Fuente J., Granja Berná V., Valero Zanuy M. A., Ferrari Piquero J. M., Herreros de Tejada y López Coterilla A.. Insulinoterapia en el medio hospitalario. Nutr. Hosp. [Internet]. 2008 Abr [citado 2024 Feb 22]; 23(2): 126-133. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000200009&lng=es

Tabla III
Pauta móvil de insulina rápida (sliding scales)

<i>Glucemia (mg/dL)</i>	<i>Insulina regular (UI)</i>
< 150	0
150-200	2
200-250	4
250-300	6
> 300	8

Ejemplo de pauta móvil de dosificación de insulina a regular en función de la glucemia del paciente, buscando como objetivo un nivel inferior a 150 mg/dL.