

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA

PRESENTADO POR

KATHERINE NICOLE CAJALEON CUADROS

ASESOR

HÉCTOR GERARDO CABALLERO VERA

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/>



USMP

UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

**FACULTAD DE MEDICINA
HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN
2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
KATHERINE NICOLE CAJALEON CUADROS**

**ASESOR
Dr. HÉCTOR GERARDO CABALLERO VERA**

LIMA - PERÚ

2024

JURADO

Presidente: FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Miembro: JOHANDI DELGADO QUISPE

Miembro: CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

A Dios, por ser la fuerza y la guía de mi día a día; a mi familia por ser mi soporte durante todo este tiempo y nunca dudar de mí y a mis perritos, por ser la cura de mi corazón cada vez que llego a casa.

AGRADECIMIENTOS

A mi casa de estudios, la Universidad de San Martín de Porres, por enseñarme y guiarme a través de sus excelentes docentes.

Al Hospital Guillermo Almenara por ser mi segundo hogar durante el internado.

A todos los médicos, de los cuales he tenido la oportunidad de aprender mucho.

ÍNDICE

RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	xi
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1. Rotación en Medicina Interna	1
Caso clínico nº. 1: Tuberculosis pulmonar	1
Caso clínico nº. 2: Síndrome icterico obstructivo por colangiocarcinoma	3
1.2. Rotación en Cirugía general	7
Caso clínico nº. 1: Apendicitis aguda complicada	7
Caso clínico nº. 2: Colecistitis Aguda	13
1.3. Rotación en Ginecología y Obstetricia	15
Caso clínico nº. 1: Adenocarcinoma cervical	15
Caso clínico nº. 2: Preeclampsia	19
1.4. Rotación en Pediatría	22
Caso clínico nº. 1: Asma	22
Caso clínico nº. 2: Enfermedad de Kawasaki	24
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA.	31
CAPÍTULO III APLICACIÓN PROFESIONAL	32
1.1. Rotación en Medicina Interna	32
Caso clínico nº. 1: Tuberculosis	32
Caso clínico nº. 2: Síndrome icterico obstructivo	33
1.2. Rotación en Cirugía general	35
Caso clínico nº. 1: Apendicitis aguda complicada	35
Caso clínico nº. 2: Colecistitis aguda	37
1.3. Rotación en Ginecología-Obstetricia	38
Caso clínico nº. 1: Adenocarcinoma cervical	38
Caso clínico nº. 2: Preeclampsia	39
1.4. Rotación en Pediatría	41

Caso clínico nº. 1: Asma	41
Caso clínico nº. 2: Enfermedad de Kawasaki	43
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	45
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	48
FUENTES DE INFORMACIÓN	49
ANEXOS	

RESUMEN

Objetivo: El presente estudio tiene como fin describir y analizar los casos clínicos más resaltantes y/o frecuentes durante el internado médico realizado desde el 01 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del mismo año en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. **Métodos:** Estudio descriptivo que presenta 2 casos clínicos de las especialidades de Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia y Pediatría, teniendo en total ocho casos clínicos obtenidos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. **Resultados:** Se realiza un informe de lo realizado durante el internado médico, esto mediante la presentación de dos casos clínicos por cada una de las rotaciones realizadas, con el fin de resaltar la relevancia del internado en la formación académica de los futuros médicos. **Conclusiones:** El internado médico es la etapa más importante y la última de la carrera de medicina, consiste en poner en práctica la parte teórica, adquirida previamente, en el hospital con pacientes que realmente tienen una dolencia u enfermedad. Siendo interno, aprendes a identificar y tratar las principales patologías médicas en búsqueda del mayor bienestar del paciente.

Palabras clave: Internado médico, medicina, cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study is to describe and analyze the most outstanding and/or frequent clinical cases during the medical internship performed from January 1, 2023 to December 31 of the same year at the Guillermo Almenara Irigoyen National Hospital. **Methods:** Descriptive study presenting 2 clinical cases from the specialties of Internal Medicine, General Surgery, Gynecology and Obstetrics and Pediatrics, having a total of eight clinical cases obtained from the Guillermo Almenara Irigoyen National Hospital. **Results:** A report of what was done during the medical internship is made through the presentation of two clinical cases for each of the rotations performed, in order to highlight the relevance of the internship in the academic training of the future medical surgeons. **Conclusions:** The medical internship is the most important and the last stage of the medical career, it consists of putting into practice the theoretical part, previously acquired, in the hospital with patients who actually have an ailment or disease. As an intern, you learn to identify and treat the main medical pathologies in search of the greatest well-being of the patient.

Key words: Medical internship, medicine, general surgery, gynecology and obstetrics, pediatrics.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERM
O ALMENARA IRIGOYEN 2023**

AUTOR

**KATHERINE NICOLE CAJALEON CUADR
OS**

RECUENTO DE PALABRAS

13121 Words

RECUENTO DE CARACTERES

74656 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

67 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.7MB

FECHA DE ENTREGA

Mar 18, 2024 1:23 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Mar 18, 2024 1:24 PM GMT-5

● **14% de similitud general**

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

- 14% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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

INTRODUCCIÓN

La carrera de Medicina Humana es una de las carreras de mayor duración, en el Perú dura siete años, siendo el último año, el de internado médico. Esta última etapa es de las más importantes en la formación de todo estudiante de medicina, quienes cuentan con todo el conocimiento teórico obtenido en los años previos, y lo ponen en práctica con un paciente real, en búsqueda del mayor bienestar de ellos. Cada actividad realizada como interno está orientada por médicos docentes, residentes o asistentes del hospital, esto con el fin de otorgar enseñanzas sobre aquellos procedimientos médicos básicos, que los futuros médicos realizarán en su práctica profesional. Una vez finaliza el internado, muchos de los recién egresados realizan el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (Serums), periodo en el cual los médicos trabajan en zonas aisladas de cada departamento del país.

El internado médico está constituido por 4 rotaciones, las cuales son: Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia, tiene una duración de 12 meses, rotando por cada área 3 meses. Si bien la pandemia modificó el tiempo del internado en los últimos años, en EsSalud, luego de no contar con internos de medicina por tres años desde el 2020, abrió nuevamente su convocatoria en el 2023, y se mantuvo la duración de 1 año, por lo que el inicio del internado se dio el 1 de enero del 2023 y finalizó el 31 de diciembre del 2023. Antes del inicio del internado, es importante la capacitación acerca de las normas de bioseguridad, se debe explicar sobre todo la importancia y técnica correcta del lavado de manos, así como el uso correcto de las mascarillas, esto debido a la alta tasa de enfermedades infectocontagiosas en los hospitales.

El presente trabajo de suficiencia contiene, describe y analiza ocho casos clínicos de aquellas enfermedades frecuentemente observadas en la atención médica en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el distrito de La Victoria.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1. Rotación en Medicina Interna

Caso clínico nº. 1: Tuberculosis pulmonar

Relato

Paciente femenina de 26 años, personal de salud, acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 12 horas, refiere que presenta expectoración de forma brusca con coágulos de sangre, sin pródromos días previos (niega fiebre, no tos). Luego por la tarde presenta tos seca asociada a expectoración hemoptoica. Niega baja de peso, ni hiporexia.

Antecedentes

Personales

- Generales: Niega hábitos nocivos
- Patológicos: Síndrome de ovario poliquístico (2019), rinitis alérgica
- Medicación habitual: Niega
- Quirúrgicos: Ninguno
- Reacciones adversas a medicamentos: Niega

Familiares: Sin antecedentes de importancia

Examen físico (Peso / talla / funciones vitales)

FV: PA: 90/60 mmHg FR: 22 rpm FC: 64 lpm SatO₂: 98% T°: 36.6°C

Peso: 66 kg Talla: 1.60m IMC: 25.7

- Aparente regular estado general (AREG), aparente regular estado de hidratación (AREH), aparente regular estado de nutrición (AREN).
- Piel y mucosas: Tibia, elástica, hidratada, palidez leve, no cianosis, no ictericia, llenado capilar menor a 2"
- Tórax y Pulmón: Murmullo vesicular pasa disminuido en ápice del pulmón derecho, subcrépitos en 1/3 superior de lado derecho.

- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Blando, depresible, no masas, ruidos hidroaéreos (RHA) presentes, no doloroso a la palpación superficial y profunda, timpanismo conservado, no evidencia de signos peritoneales.
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-).
- SNC: Despierta, colaboradora, orientada en tiempo, espacio y persona. No signos de focalización.

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Leucocitos 5×10^3 mm³, hemoglobina 12.2 g/Dl, plaquetas 200000/uL
- Bioquímica: Albúmina 4.3 g/Dl, creatinina 0.6 mg/Dl, proteínas 6.8 g/dL
- Tomografía de tórax: Signos tomográficos de proceso inflamatorio infeccioso en segmentos 1,2 y 6 derechos, asociado ganglios paratraqueales de hasta 8.6mm. Compatible con proceso específico activo.

Impresión diagnóstica

- Hemoptisis por bronquiectasias
- Descartar tuberculosis pulmonar

Plan de trabajo

- Control de sangrado
- Prueba de Bk y cultivo en esputo I y II
- Interconsulta a Neumología

Tratamiento

- Dieta blanda + líquidos a voluntad
- Dextrosa 5% + NaCl 20% (2 ampollas) + KCl 20% (1 ampolla) → 50 gotas /minuto
- Ácido tranexámico 1 gr IV cada 8 horas
- Codeína 30 mg IV condicional a tos

Evolución

Paciente con mejoría clínica, no se produce sangrado luego de administración de ácido tranexámico, se le toman los exámenes solicitados, teniendo como resultado preliminar de baciloscopías en esputos negativos, quedando pendiente los cultivos. Es evaluada por Neumología quienes sugieren baciloscopía diaria seriada (asegurando una buena muestra) además de prueba de sensibilidad (GeneXpert de esputo), señalan además que por la alta sospecha clínica e imagenológica, de persistir baciloscopías negativas, coordinar broncofibroscopía. Se realiza este procedimiento mencionado, el cual confirma el diagnóstico, se obtienen resultados de GeneXpert MTB detectado sensible a rifampicina, además se envía muestra para cultivo para estudio de sensibilidad a los otros medicamentos. Con ello, es reevaluada por neumología quienes sugieren iniciar esquema de tratamiento de tuberculosis sensible y esperar sensibilidad completa de forma ambulatoria. Paciente estable, sin interurrencias durante estancia hospitalaria, es dada de alta, se le indica acercarse a su centro de salud de primer nivel de atención más cercano para continuar tratamiento antituberculoso.

Caso clínico nº. 2: Síndrome icterico obstructivo por colangiocarcinoma

Relato

Paciente varón de 72 años ingresa a emergencia con un tiempo de enfermedad de 12 meses aproximadamente, cuadro clínico inicia con alteración del ritmo defecatorio, familiar acompañante refiere que desde hace 3 meses nota pérdida de peso de 10 kg, desde hace 2 meses presenta dolor abdominal a nivel de epigastrio tipo urente, cuya intensidad ha ido progresando, 10 días antes del ingreso paciente refiere se agregan náuseas e ictericia en conjuntivas, al incrementar coloración amarillenta de las mucosas decide ir al hospital.

Antecedentes

Personales

- Generales: Niega hábitos nocivos
- Patológicos

Hipertensión arterial (HTA) diagnosticada hace 12 años tratada regularmente con losartán.

Accidente cerebrovascular (infarto lacunar lenticular izquierdo) en el año 2015, sin secuela.

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) desde hace 5 años tratada regularmente con sertralina y alprazolam.

- Medicación habitual: losartán 50 mg VO cada 12h, atorvastatina 40 mg VO cada 24 horas, sertralina 50 mg VO cada 24 horas, gabapentina 300mg VO interdiario, alprazolam 0.5mg VO cada 24 horas

- Quirúrgicos: Polipectomía colónica (2000)

- Reacciones adversas a medicamentos: Niega

Familiares: Hijos sin antecedentes de importancia, padre fallecido padeció de HTA, madre fallecida, quien tuvo cáncer de recto.

Examen físico (Peso / talla / funciones vitales)

FV: PA: 110/70 mmHg FR: 18 rpm FC: 68 lpm SatO₂: 97% T°: 36.6°C

Peso: 64 kg Talla: 1.74m IMC 22.1

- Aparente regular estado general (AREG), aparente regular estado de hidratación (AREH), aparente regular estado de nutrición (AREN).

- Piel y mucosas: Tibia, elástica, hidratada, palidez leve, no cianosis, ictericia en escleras, llenado capilar menor a 2”.

- Tórax y Pulmón: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, crépitos (-).

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

- Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio, no se evidencia de signos peritoneales.

- Genitourinario: PPL (-), PRU (-), no globo vesical.

- SNC: LOTEPE, Escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Leucocitos 6.20 mil/mm³, hemoglobina 11.5 g/dl, plaquetas 278, mil/mm³
- Bioquímico: Creatinina 0.8 mg/dl, urea 25 mg/dl, albúmina 4.1 g/dl, bilirrubina total 6.79 mg/dl, bilirrubina directa 3.24 mg/dl, bilirrubina indirecta 1.09 mg/dl, GGT 1398 u/l, FAL 1411 u/l, TGO 325 u/l, TGP 472 u/l
- Ecografía abdominal: Hepatomegalia asociado a signos de leve esteatosis difusa, dilatación de las vías biliares intra y extrahepáticas con colédoco dilatado de hasta 11 mm y estenosis distal.
- Tomografía abdominal con contraste: Contenido heterodenso en estructura vesicular. considerar como signos de litiasis, hepatomegalia, no impresiona dilatación coledociana. Se sugiere correlato con exámenes auxiliares.

Impresión diagnóstica

- Síndrome icterico obstructivo
 - Probable neoplasia de vía biliar
 - Probable coledocolitiasis (más alejado)
- Anemia leve
- HTA controlada / TAG / Secuela de infarto lacunar lenticular izquierdo por historia clínica

Plan de trabajo

- Hidratación endovenosa
- Analgesia
- Interconsulta a servicio de Gastroenterología
- Interconsulta a Cirugía de páncreas

Tratamiento

- Dieta líquida + líquidos a voluntad
- NaCl 0.9% 1000cc → 80cc/h
- Tramadol 50 mg + dimenhidrinato 50 mg + NaCl 0.9% 100 cc → IV c/8h

- Losartán 50mg VO c/12h
- Atorvastatina 40 mg VO c/24h
- Bisacodilo 5 mg VO noche
- Sertralina 50mg VO en el almuerzo
- Gabapentina 300mg VO interdiario
- Alprazolam 0.5mg VO noche

Evolución

Paciente en hospitalización es evaluado por gastroenterología quienes sugieren solicitar una colangiografía con contraste, además de marcadores tumorales. A su vez, el servicio de cirugía de Páncreas sugiere tomografía de abdomen trifásica con contraste protocolo páncreas con reconstrucción vascular así como efectivizar la colangiografía. Se le realizan los exámenes solicitados teniendo los siguientes resultados:

Marcadores tumorales: CA 19.9 259.76, CEA 4.35, CA15.3 15.7, CA125 10.2, PSA 0.49

TEM abdomen trifásica protocolo páncreas

- Dilatación de las vías biliares intra y extra hepáticas hasta colédoco pre pancreático mostrando realce de las paredes biliares visto en fase arterial y/o contenido denso visto en fase tardía por lo que se sugiere colangiografía
- Colecistitis crónica litiasica
- Hepatomegalia

Colangiografía con contraste

- Leve dilatación de la vía biliar intra y extrahepática determinado por engrosamiento concéntrico en colédoco intrapancreático sugestivo de colangiocarcinoma intraductal
- Quiste cortical simple renal izquierdo.
- Barro biliar vesicular asociado a leve edema perivesicular
- Leve hepatomegalia

Con estos resultados, se solicita evaluación por Oncología quienes señalan que lo ideal de confirmarse neoplasia de vía biliar sería la opción quirúrgica dado que no es una entidad quimiosensible.

Paciente durante hospitalización comienza a incrementar rápida y progresivamente los valores de bilirrubina total, alcanzando valor de 14 mg/dl, por lo cual se le realiza a paciente colangiografía transhepática percutánea por servicio de radiología intervencionista, el cual se realiza sin interurrencias.

Es reevaluado por servicio de Cirugía de páncreas quienes refieren tumoración es resecable, de acuerdo a exámenes de imágenes, por lo que se realiza transferencia a su servicio para continuar manejo quirúrgico.

1.2. Rotación en Cirugía general

Caso clínico nº. 1: Apendicitis aguda complicada

Relato

Paciente varón de 48 años proveniente de Cerro de Pasco acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 2 días caracterizado por dolor abdominal en epigastrio tipo cólico y opresivo, el cual se intensifica con las horas, y no cede a manejo con metamizol, señala también náuseas y malestar general. Paciente acude en primera instancia a centro de origen en el Hospital de Cerro de Pasco en donde estaba en espera de cirugía por diagnóstico presuntivo de apendicitis, sin embargo en la evaluación para riesgo quirúrgico, en electrocardiograma se evidencia signos de hipertrofia ventricular izquierda, por lo que médico internista difiere riesgo a cardiólogo, al no contar con este especialista en el centro hospitalario, se decide transferirlo, ante la espera y la no respuesta por parte de los hospitales de mayor complejidad cercanos, paciente solicita alta voluntaria. Paciente acude a Lima con persistencia e incremento de sintomatología inicial.

Antecedentes

Personales

- Generales: Niega hábitos nocivos
 - Patológicos: Ninguno
 - Medicación habitual: Niega
 - Quirúrgicos: Ninguno
 - Reacciones adversas a medicamentos: Niega
- Familiares: Sin antecedentes patológicos de importancia

Examen físico (Peso / talla / funciones vitales)

FV: PA: 100/60 mmHg FR: 18 rpm FC: 68 lpm SatO₂: 98% T°: 36.6°C

Peso: 61.5 kg Talla 1.64m IMC 22.8

- Aparente mal estado general (AMEG), aparente mal estado de hidratación (AMEH), aparente regular estado de nutrición (AREN).
- Piel y mucosas: Tibia, elástica, palidez, no cianosis, mucosa oral seca, llenado capilar menor a 2"
- Tórax y Pulmón: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares (ACP), no rales.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Globuloso, poco depresible, ruidos hidroaéreos (RHA) presentes, doloroso a la palpación a predominio de cuadrante inferior derecho, McBurney(+), Rovsing(+), Blumberg(+).
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-), no globo vesical.
- SNC: Despierto, LOTEP, EG 15/15, no signos de focalización.

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Leucocitos 12.77 mil/mm³, hemoglobina 16.53 g/Dl, abastoados 0%
- Bioquímico: Proteína C reactiva > 90
- Ecografía: Signos ecográficos de proceso inflamatorio apendicular.

Impresión diagnóstica

- Apendicitis aguda complicada

Plan de trabajo

- Hidratación
- Antibioticoterapia
- Interconsulta a Cardiología para riesgo quirúrgico cardiológico
- Laparoscopia exploratoria

Tratamiento

- Nada por vía oral (NPO)
- NaCl 0.9% 1000 cc IV I y II
- Ceftriaxona 2 g IV cada 24h
- Metronidazol 500 mg IV cada 8 h
- Metamizol 2 g IV cada 8 h
- Omeprazol 40mg IV cada 24h

Evolución

Paciente evaluado por cardiólogo de emergencia, se le toma nuevo electrocardiograma sin alteraciones, al no tener factores de riesgo cardiovasculares, se le otorga RQ cardiológico I, por lo que ingresa a cirugía.

Cirugía nº. 1 realizada: Apendicectomía laparoscópica + colocación de dren tubular (DT)

Hallazgos operatorios

- A la laparoscopia diagnóstica se evidencia secreción fecaloidea en receso rectovesical y fosa iliaca derecha aprox 100cc.
- En parietocólico derecho y en hipocondrio derecho se evidencia regular cantidad de líquido inflamatorio.
- Apéndice cecal gangrenada en toda su extensión y perforada en 1/3 inferior base indemne

- No líquido intersticial

Paciente al segundo día postoperatorio cursa con mala evolución clínica, enfermería reporta salida de drenaje con secreción hemática aproximada de 500 cc por la noche, al examen físico abdomen blando, depresible no peritoneal, dolor a la palpación en fosa iliaca derecha (FID), con drenaje hemático, por lo que se le toma una tomografía de abdomen donde se describe: “coágulo organizado que va desde FID hacia fondo de saco de Douglas en zona de drenaje, no líquido libre perihepático y periesplénico, no neumoperitoneo”. Con este resultado se plantea manejo médico y se agrega a la terapéutica ácido tranexámico 1 gramo IV cada 8 horas y fitomenadiona 1 ampolla IV cada 12h, además de monitoreo de control de gasto por drenaje y hemoglobina seriada, conducta quirúrgica expectante.

Se reevalúa paciente por la tarde del mismo día y se evidencia por drenaje contenido hemático de 100 cc, desde las 7 am. Dos días después, al no haber mayor intercorrelaciones, el paciente es dado de alta.

Tres días después, paciente acude nuevamente a emergencia por dolor intenso difuso con predominio en FID asociado a náuseas, vómitos y fiebre. A la evaluación abdomen distendido, poco depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en todo el abdomen con predominio en FID, signos peritoneales (+), por lo que se sospecha de colección intraabdominal, en tomografía de emergencia realizada se evidencia colección en FID de aproximadamente 6.5cm, por lo que paciente entra a cirugía nuevamente.

Cirugía nº. 2 realizada: Drenaje de hematoma laparoscópico + DT

Hallazgos operatorios

- A la laparoscopia se evidencia hematoma de aproximadamente 300cc en fosa iliaca derecha, aparente sangrado de puerto supraumbilical, no evidencia de sangrado activo

- Adherencias laxas interasas y hacia pared
- No evidencia de contenido intestinal

Al día siguiente de la segunda cirugía, paciente refiere persistencia de dolor y distensión abdominal, se sospecha de íleo postoperatorio, por lo que se indica hidratación y colocación de sonda nasogástrica, paciente no acepta este último procedimiento. En exámenes de laboratorio se evidencia leucocitosis con desviación izquierda, y proteína C reactiva incrementada, por lo que se le inicia antibioticoterapia de amplio espectro con ertapenem.

Paciente persiste con clínica de dolor abdominal por lo que, al segundo día postoperatorio de segunda cirugía, se le realiza nueva tomografía abdominal que informa lo siguiente:

- Litiasis vesicular con presencia de gas en su interior, no se descarta complicación enfisematosa.
- Múltiples colecciones abscedadas intraperitoneales.
- Presencia de catéter tubular de drenaje en colección de la fosa iliaca derecha.
- Edema de la pared abdominal.

Debido a hallazgos tomográficos, paciente reingresa a sala de operaciones.

Cirugía nº. 3 realizada: Laparotomía exploratoria + lavado de cavidad abdominal + drenaje de hematomas infectados múltiples + anastomosis t-t y-y + DT x múltiples hematomas infectados intraabdominales + perforación yeyunal

Hallazgos operatorios

- A la apertura de cavidad se evidencia presencia de múltiples hematomas interasas infectados con mal olor se envía cultivo, presencia de hematoma en fosa iliaca derecha e izquierda con mal olor aprox. 150 cc cada uno a nivel de parietocólico derecho hematoma infectado de 80cc mal olor.
- Síndrome adherencial de asa delgada que condiciona colapso de asa distal y dilatación de asa proximal hasta en 2 segmentos de íleon; a la revisión de asas

se evidencia presencia de salida de contenido bilioso a 120 cm de ángulo de Treitz, varios despulimiento de serosa que no comprometen luz intestinal.

- Epiplón mayor acartonado firmemente adherido a múltiples asas y borde inferior hepático

Luego de tercera cirugía, paciente recibe tratamiento antibiótico con meropenem autorizado por servicio de Infectología, en cultivo de líquido peritoneal tomado intraoperatoriamente, se tiene como resultado germen *E.coli* BLEE sensible a meropenem.

Paciente con aparente mejoría clínica, tolerando parcialmente la vía oral, al cuarto día postoperatorio se queja de dolor abdominal. Se evalúa funciones vitales en parámetros normales, no fiebre, abdomen distendido y poco depresible con dolor a la palpación profunda sin ser claramente peritoneal. En drenes tubulares se tenía líquido seroso. En tomografía abdominal se visualiza escaso líquido en mitad inferior del abdomen, predomina el edema de la pared intestinal. Se decide observación en ese momento por no haber indicios de abdomen agudo quirúrgico, sin embargo, al persistir e incrementarse sintomatología por la madrugada, paciente entra a sala de operaciones para una laparotomía exploratoria.

Cirugía nº. 4 realizada: Re-laparotomía exploratoria + lavado de cavidad abdominal + yeyunostomía a doble cañón por dehiscencia de anastomosis

Hallazgos operatorios

- Líquido purulento de aprox. 20 cc peri sigmoidea
- Anastomosis t-t y-y a 130 cm del Treitz y a 170 cm de la válvula ileocecal, a 40 cm del Treitz se evidencia rafia de antecedente quirúrgico
- Dehiscencia del 10% de anastomosis que condicionaba fuga de contenido intestinal en tercio medio de la cara medial
- Abundante fibrina en colon sigmoides

Luego de última cirugía, paciente es evaluado por servicio de unidad de soporte nutricional para inicio de nutrición parenteral, quienes dan pase. En los días siguientes, gastos por bolsa de yeyunostomía en rangos adecuados por lo que se inicia nutrición enteral, el cual paciente tolera adecuadamente. Al momento, el paciente se encuentra hospitalizado en espera de cirugía de restitución intestinal.

Caso clínico nº. 2: Colecistitis Aguda

Relato

Paciente mujer de 27 años acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 2 días caracterizado por dolor en hipocondrio derecho tipo cólico que irradia a región lumbar, asociado a náuseas y vómitos en dos oportunidades.

Antecedentes

Personales

- Generales: Niega hábitos nocivos
- Patológicos: Colelitiasis
- Medicación habitual: Niega
- Quirúrgicos: Apendicectomía convencional (2008 en el Hospital Grau), cesáreas (2003 y 2009)
- Reacciones adversas a medicamentos: Niega

Familiares: Ningún antecedente familiar de importancia

Examen físico (Peso / talla / funciones vitales)

FV: PA: 100/60 mmHg FR: 22 rpm FC: 76 lpm SatO2: 98% T°: 36.6°C

Peso: 70 kg Talla: 1.60 IMC 27.3

- AMEG, AREH, AREN
- Piel y mucosas: Tibia, elástica, hidratada, no palidez, no cianosis, no ictericia, llenado capilar menor a 2"
- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ACP, no rales.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no masas, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, Murphy (+), no signos peritoneales.
- SNC: Despierta, colabora, orientada en tiempo, espacio y persona. No signos meníngeos, ni de focalización.

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Leucocitos 6 mil/mm³, hemoglobina 12.7 g/dL, plaquetas 250000 u/L abastados 0%
- Bioquímica: Proteína C reactiva 21, bilirrubina directa 0.09 mg/dl, bilirrubina indirecta 0.46 mg/dl
- Ecografía: Vesícula biliar distendida, mide 79x40mm, paredes engrosadas. Contiene lito de 22mm de diámetro.

Impresión diagnóstica

- Colecistitis aguda

Plan de trabajo

- Pasa a observación
- Completar prequirúrgicos

Tratamiento

- Nada por vía oral
- NaCl 0.9% 1000cc → I y II
- Ceftriaxona 1g IV cada 24h
- Metamizol 1g + escopolamina 20 mg → IV cada 8h
- Omeprazol 20 mg IV cada 24h
- Tramadol 50mg SC condicional a dolor intenso

Paciente permanece en observación en sala de emergencia, refiere no cede dolor a pesar de medicación analgésica endovenosa administrada por lo que se decide

intervención quirúrgica. Es evaluada por médico internista quien le da riesgo quirúrgico I, con pre quirúrgicos completados, paciente ingresa a sala de operaciones.

Cirugía realizada: Colecistectomía laparoscópica + Liberación de adherencias

Hallazgos quirúrgicos

- Síndrome adherencial en pelvis por antecedente quirúrgico de apendicitis
- Vesícula de 8 x 4 cm de paredes engrosadas de 4mm, cálculo enclavado en bacinete de aprox 20 mm.
- Triángulo hepatocístico fibrosis con arteria y conducto cístico único.
- Hígado de color rojo vinoso.

Paciente con en su segundo día postoperatorio con evolución favorable, tolerando dieta, niega síntomas, es dada de alta.

1.3. Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico nº. 1: Adenocarcinoma cervical

Relato

Paciente mujer de 50 años actualmente asintomática referida de centro de salud, acude a consultorio externo con resultado de prueba molecular positivo a VPH en Minsa de la fecha 01-06-2023, se le realizan estudios ambulatoriamente, además cuenta con resultado de anatomía patológica que señala adenocarcinoma asociado a VPH por lo que se decide hospitalización a la brevedad para manejo quirúrgico.

Antecedentes

Personales

- Generales: Niega hábitos nocivos
- Obstétricos: G2P1102 (2 cesáreas)

Menarquia: 12 años

Fecha de última regla: 11 agosto 2023

RC: 6/28

PRS: 21 / NPS: 2 / URS: hace 6 meses

MAC: DIU (2004- 2007), ampollas trimestrales (2003- 2004), anticonceptivos orales (a los 21 años)

Papanicolaou: 02.10.23 negativo para lesión intraepitelial o malignidad / 05.10.23 negativo para lesión intraepitelial o malignidad.

- Patológicos: Hipertensión arterial hace 5 años.

- Medicación habitual: Enalapril 10 mg cada 12h VO

- Quirúrgicos

Salpingooforectomía izquierda por quiste a pedículo torcido (1993)

Cesáreas (2003, 2008), bloqueo tubárico bilateral (2008)

Cirugía bariátrica (2023) peso habitual 85 kg.

- Reacciones adversas a medicamentos: Niega

Familiares: Ningún antecedente familiar de importancia

Examen físico (Peso / talla / funciones vitales)

FV: PA: 110/70 mmHg FR: 16 rpm FC: 74 lpm SatO2: 98% T°: 36.8°C

Peso: 60 kg Talla 1.49m IMC 27

- Aparente regular estado general (AREG), aparente regular estado de hidratación (AREH), aparente regular estado de nutrición (AREN)

- Piel y mucosas: Tibia, elástica, hidratada, no palidez, no cianosis, llenado capilar menor a 2"

- Mamas: Derecha e izquierda sin alteraciones.

- Linfático: No se palpan adenopatías cervicales, axilares ni inguinales. no masas.

- Tórax y Pulmón: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales.

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

- Abdomen: Globuloso, poco depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no peritonismo.

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

- Genitales externos: No lesiones evidentes en genitales, no sangrado vaginal.
- Especuloscopia: Cuello de aprox. 2 x 2 cm, con eritema periorificial, orificio cervical externo puntiforme, no excrecencias.
- Tacto vaginal: Cuello fibromuscular blando, no doloroso a la movilización, no sangrado en guante. Se palpa tumoración de aprox. 5 x 5 cm, no doloroso, móvil, semiduro, no renitente a nivel de fondo de saco de Douglas.
- SNC: Despierta, colaboradora, Glasgow 15/15, no signos de focalización.

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Leucocitos 10.7 mil/mm³, hemoglobina 12.15, g/dl plaquetas 287000/ul
- Bioquímica: Creatinina 0.59 mg/dL albúmina 3.79 g/dL TGO 13.1 U/l TGP 9.4 U/l GGT 9.81 U/l DHL 170 U/l
- Marcadores tumorales: CEA 2.12 ng/ml AFP 2.93 ng/ml CA125 28.7 ng/ml
- Ecografía transvaginal:
 - Útero: AVF, de 120 x 85.8 x 107 mm. bordes regulares, paredes heterogéneas observándose en su interior a nivel de fondo y pared anterior imagen hipoecogénica de 95 x 63.8 x 91.1mm. G5 flujo doppler score 2 periférico.
 - Endometrio: No se visualiza por presencia gran mioma de gran tumoración
 - Cérvix: de 39 x 26.9 mm. Se observa a nivel de saco de Douglas imagen hipoecogénica G7 de 57.8 x 46.1 x 52.1mm dependiente de la pared posterior.
 - Ovarios: No visibles.
- Ecografía pélvica. FSD: libre, conclusión: descartar miomatosis uterina.
- Colposcopia adecuada. ZT: 3. G: No ICA. Se procede a CEC.
- Resultado de biopsia: Adenocarcinoma endocervical asociado a VPH, infiltrante.

Impresión diagnóstica

- Adenocarcinoma endocervical asociado a VPH
- Miomatosis uterina
- Hipertensión arterial controlada

Plan de trabajo

- Tomografía de tórax, abdomen y pelvis con contraste
- Completar prequirúrgicos
- Determinar plan quirúrgico

Tratamiento

- Dieta hiposódica
- Enalapril 10 mg VO cada 12 h
- Paracetamol 1g VO condicional a dolor

Evolución

Se evalúa caso de paciente por ginecólogos oncólogos en junta médica quienes determinan el plan quirúrgico, el cual es histerectomía radical total + linfadenectomía pélvica bilateral.

Tomografía de abdomen y pelvis C/C

- Leve hepatomegalia
- Contenido heterodenso en vesícula biliar a descartar barro biliar
- Cambios post quirúrgicos en cámara gástrica asocia a hernia hiatal por deslizamiento
- Miomatosis uterina múltiple
- Colección líquida a nivel del cérvix uterino, correlación con estudio ecográfico
- Líquido laminar en cavidad pélvica

Tomografía tórax: Estudio tomográfico de tórax sin alteraciones significativas, sin evidencia de alteraciones nodulares ni consolidaciones

Paciente completa prequirúrgicos, y con resultados de tomografía sin evidencia de extensión de enfermedad se programa para cirugía.

Cirugía realizada: Laparotomía exploratoria. Histerectomía Radical + Salpingooforectomía Derecha (Linfadenectomía pélvica bilateral). Estudio líquido peritoneal.

Hallazgos operatorios

- Útero deformado aumentado de tamaño de aspecto miomatoso (múltiples miomas subserosos) de aprox. 18 por 16 cm que ocupa la mayor parte de cavidad pélvica.
- Escaso líquido peritoneal serosanguinolento. No implantes. Epiplón SAS Resto de órganos intraabdominales normales.
- Ganglios pélvicos derechos ligeramente aumentados de tamaño de 0.8 cm de diámetro uno de 1.5 cm. Hay ganglios pélvicos izquierdos casi similares al derecho ligeramente aumentados de 0.7 cm en número de 4 y uno de 1.5 cm.
- No impresiona infiltración parametrial.
- Cérvix de 3 cm sin evidencia tumoral, excepto istmo nodular en la parte posterior.
- Ovarios y trompas congestivas de aspecto normal.
- Adherencia parieto epiploica ovárica izquierda. Ausencia de anexo izquierdo.

Caso clínico nº. 2: Preeclampsia

Relato

Paciente mujer de 29 años acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 7 horas, refiere que en control en policlínico se le encontró presión arterial en 140/90 mmHg, asociado a ello, cefalea esporádica de leve intensidad que se presenta de forma intermitente. Niega otros síntomas. Niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico, percibe movimientos fetales.

Antecedentes

Personales

- Generales: Niega hábitos nocivos
- Obstétricos: G2P1102 (2 cesáreas)

Menarquia: 11 años

Fecha de última regla: 10/01/23

RC: 5/28

PRS: 18 / NPS: 2 / URS: hace 6 meses

MAC: Ninguno

Papanicolaou: 03.09.22 negativo para lesión intraepitelial o malignidad

- Patológicos: Niega enfermedades

- Medicación habitual: Ninguna

- Quirúrgicos: Niega cirugías

- Reacciones adversas a medicamentos: Niega

Familiares: Niega antecedentes familiares de importancia

Examen físico (Peso / talla / funciones vitales)

FV: PA: 140/90 mmHg FR: 20 rpm FC: 82 lpm SatO₂: 98% T°: 36.6°C

Peso: 75 kg Talla: 1.70 m IMC: 25.9

- Aparente regular estado general (AREG), aparente regular estado de hidratación (AREH), aparente regular estado de nutrición (AREN).

- Piel y mucosas: Tibia, elástica, hidratada, no palidez, llenado capilar menor a 2''

- Tórax y Pulmón: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

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

- Abdomen: Ocupado por útero grávido, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación. AU 21 cm, SPP: LPI, DU: No, MF: +, LCF: 150 lpm.

- Especuloscopia: No SV. no PLA, flujo blanquecino de regular cantidad

- Tacto vaginal: Cérvix cerrado posterior largo.

- Genitourinario: PPL (-), PRU (-), no globo vesical.

- SNC: Despierto, LOTEP, EG 15/15, no signos de focalización.

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Leucocitos 14.80 mil/mm³, hemoglobina 12.7 G/DL, abastondados 0%, plaquetas 332000/uL

- Bioquímico: Creatinina 0.6 mg/DI, albúmina 3.9 g/DI, DHL 165, GGT <10 u/l, FAL 175 u/l, TGO 18 u/l, TGP 20 u/l

- Ecografía de emergencia

Feto único activo en LPI, LCF 138 lpm

Placenta corporal posterior grado I, LA adecuado: EVM 4 cm

PF: 1283 +/- 192 g (P9)

Doppler:

AU: IP 0.89 (P30, normal)

ACM: IP 2.66 (P14, normal)

Impresión diagnóstica

- G1P0 30 semanas 1 día por ecografía de I trimestre
- Trastorno hipertensivo del embarazo: Descartar preeclampsia sin signos de severidad
- Feto pequeño para la edad gestacional

Plan de trabajo

- Se hospitaliza para estudio de preeclampsia y término de gestación ante cualquier eventualidad
- Maduración fetal
- Ecografía obstétrica del III nivel
- Proteinuria de 24 horas

Tratamiento

- Dieta completa más líquidos a voluntad
- NaCl 0.9% 1000 cc → 500 cc a chorro, luego 1 gts x min
- Dexametasona 6mg IM cada 12 h (4 dosis)
- Nifedipino 10 mg VO condicional PA >160/110
- Control de presión arterial cada 2 horas en hoja aparte
- Control de peso diario
- Control de diuresis por turno
- Control obstétrico (DU + LCF)
- Autocontrol de movimientos fetales

Evolución

Paciente con evolución favorable, controlando adecuadamente presión arterial con antihipertensivo condicional, se le realiza ecografía obstétrica en hospitalización donde se evidencia, "Crecimiento fetal en P3 RCIU tipo I, doppler de ACM, AUMB e ICP en valores normales, doppler de arterias uterinas patológicas".

Posteriormente se tiene resultado de proteinuria de 24 horas, el cual tuvo como resultado 648 mg/24 horas, con lo cual se confirma el diagnóstico de preeclampsia. Recibió maduración fetal pulmonar con dexametasona, completando las 4 dosis. Con adecuado control de presión arterial y con exámenes laboratoriales dentro de parámetros normales, paciente es dada de alta, se le indica control semanal obstétrico hasta término de la gestación.

1.4. Rotación en Pediatría

Caso clínico nº. 1: Asma

Relato

Paciente menor de 7 años acude a emergencia con familiar quien refiere un tiempo de enfermedad de 14 horas caracterizado por tos seca persistente, debido a este síntoma madre la automedica con azitromicina y paracetamol, 6 horas antes del ingreso madre señala menor le refiere palpitaciones, además de 2 vómitos inducidos por la tos. Niega fiebre, ni síntomas de resfrío previamente.

Antecedentes:

- Antecedentes natales: G2, gestación sin interurrencias, controles prenatal completos
- Antecedentes prenatales: Parto eutócico, nacido a término, peso al nacer: 2.800kg, llanto inmediato, alta conjunta
- Antecedentes posnatales: Lactancia materna exclusiva, vacunas completas, DPM CC:3 meses, CT: 7 meses, caminar: 14 meses

- Antecedentes patológicos: Niega hospitalizaciones, niega cirugías, niega transfusiones, uso de inhalador hace 6 meses por cuadro bronquial
- Antecedentes familiares: Mama (37) ama de casa, aparentemente sana; papa (49) trabajador independiente, aparentemente sano, hija (14) aparentemente sana
- RAM: niega

Examen físico (Peso / talla / funciones vitales)

FV PA: 90/60 mmHg FR: 26 rpm FC: 124 lpm SatO2: 93-94% T°: 36.8°C
 Peso: 33 kg Talla: 1.20m IMC: 22.9

- Aparente regular estado general (AREG), aparente regular estado de hidratación (AREH), aparente regular estado de nutrición (AREN).
- Piel y mucosas: Tibia, elástica, hidratada, no palidez, no cianosis, llenado capilar menor a 2"
- Tórax y Pulmón: Leve tiraje subcostal, MV pasa disminuido e ACP, sibilantes inspiratorios y espiratorios, escasos subcrépitos difusos.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos (RHA) presentes, no doloroso a la palpación superficial y profunda, no signos peritoneales.
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-)
- SNC: Despierta, orientada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15. No irritabilidad, ni signos de encefalopatía.

Exámenes auxiliares

- Prueba rápida COVID 19: Negativa
- Hemograma: Leucocitos 14.9 mil/mm³, hemoglobina 11.7g/dl, abastionados 2%
- Radiografía de tórax: Reforzamiento de trama broncovascular, no consolidado.

Impresión diagnóstica

- Crisis asmática moderada

Plan de trabajo

- Terapia de rescate

Tratamiento

- NPO
- NaCL 0.9% 1000cc → 75cc/hr
- Metilprednisolona 20 mg ev STAT
- Nebulización con salbutamol 20 gotas + NaCL 0.9% 4 cc → cada 20 minutos por 3 veces
- Bromuro de ipratropio 6 puff cada 20 minutos por 3 veces
- Metamizol condicional a fiebre
- Oxígeno para SatO₂<92%
- Posición semisentada

Evolución

Se reevalúa paciente luego de terapia de rescate, con evidente mejoría clínica, saturando 98%, con un mejor patrón ventilatorio, sin uso de tirajes, a la auscultación sibilancias escasas, sin signos de alarma es dado de alta con indicaciones. Se le indica control por Neumología pediátrica por consultorio externo para establecer manejo de asma.

Caso clínico nº. 2: Enfermedad de Kawasaki

Relato

Paciente menor de 7 meses que inicia cuadro con fiebre de aparición diaria desde hace 17 días, que controlaba con paracetamol, además vómitos 2-3/día, acude a Hospital Díaz Ufano, donde inician amoxicilina VO, sin embargo persiste con fiebre, por lo cual acude a este nosocomio por emergencia, solicitan radiografía tórax hace 1 semana, que impresiona consolidado, en 1/3 superior de hemitórax izquierdo, además de reactante de fase aguda +, por lo cual inician ceftriaxona, así mismo paciente con resultado prueba molecular SARS-COV2 22/12 (+), completa tratamiento antibiótico con ceftriaxona 7 días, es dada de alta por

inteligencia sanitaria, sin embargo persiste fiebre. Paciente pasa a hospitalización de pediatría estable, sin aporte oxigenatorio, para continuar estudios de fiebre de origen desconocido.

Antecedentes

- Antecedentes prenatales: Primera gestación, controles prenatales > 6 (particular). No interurrencias durante embarazo.
- Antecedentes natales: Prematuro de 35 semanas, cesárea por RPM (no recuerda tiempo), peso al nacer 3100 g, talla 52 cm, no recuerda APGAR, llanto inmediato. No diagnósticos patológicos posterior a nacimiento.
- Antecedentes postnatales: Uso de fórmula materna, madre refiere no producción de leche materna. Inició alimentación complementaria hace aprox. 1 mes, poca tolerancia. Madre refiere inmunizaciones hasta los 6 meses (madre no cuenta con carnet)
- Antecedentes patológicos: Niega
- Antecedentes familiares: Padre 32 años, tuberculosis a los 12 años, completo esquema 1 (madre no tiene contacto con padre). Madre 31 años, docente, aparentemente sana.
- Antecedente epidemiológicos: No viajes en los últimos 14 días, no contacto covid.

Examen físico (Peso / talla / funciones vitales)

FV PA: 90/60 mmHg FR: 22 rpm FC: 120 lpm SatO₂: 98% T°: 37.6°C

Peso: 7.7 kg Talla: 0.65m

- Aparente regular estado general (AREG), aparente regular estado de hidratación (AREH), aparente regular estado de nutrición (AREN)
- Piel y mucosas: Tibia, elástica, hidratada, no palidez, no cianosis, llenado capilar menor a 2"
- Tórax y Pulmón: MV pasa bien ambos campos pulmonares, no rales.
- Cardiovascular: Soplo sistólico I-II/VI, ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad.

- Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos (RHA) presentes, timpanismo conservado, no doloroso a la palpación superficial y profunda, no signos peritoneales.
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-)
- SNC: Despierta, responde a estímulos, moviliza 4 extremidades, no signos de focalización.

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Hematocrito 29.4 %, hemoglobina 9.2 g/dl (hipocromía, anisocitosis), leucocitos 14 mil/mm³, segmentados 67%, abastionados 0%, linfocitos 25%, plaquetas 1110 000/uL
- Perfil coagulación: Fibrinógeno 6, TP 9.8, INR 0.8, TTPA 39.5
- Bioquímico: Albúmina 4, BT 0.15, GGT 34, FAL 164, proteínas 6.8, TGO 26, TGP 18, creatinina <0.15, urea 38, PCR >90, dímero d 1.027, DHL 220, ferritina 276.6, procalcitonina 0.054
- Electrolitos: Cl 102, K 5.5, Na 141
- Examen de orina: No patológico
- Reacción inflamatoria en heces: Negativo
- Radiografía de tórax: Consolidado en 1/3 superior de pulmón izquierdo, no atrapamiento aéreo. Impresiona timo ensanchado.
- Prueba molecular 22/12: Positiva
- Ecografía abdominal: Órganos intraabdominales evaluados sin alteraciones significativas.

Impresión diagnóstica

- Fiebre de origen desconocido: Descartar bacteriemia oculta.
- Infección por SARS-CoV2 resuelto
- Trombocitosis reactiva
- Anemia microcítica hipocrómica

Plan de trabajo

- Vigilar curva febril, medir perímetro cefálico
- Efectivizar Ac mycoplasma, Ac VSR (perfil de neumonía atípica); parvovirus
- Evaluación por Cardiopediatría (ecocardiografía)
- Interconsulta a Hematología
- Interconsulta a Infectología pediátrica (reevaluación)
- Solicitar perfil tiroideo
- Seguimiento de urocultivo
- Seguimiento de hemocultivos
- Prueba de BK en aspirado gástrico y orina, GeneXpert

Tratamiento

- Alimentación complementaria I
- FM 15% 140cc c 3h x 8 tomas
- Dextrosa 5% 1000 cc + NaCl 20% 40 cc + KCl 20% 10 cc >> 5cc/h
- Omeprazol 8 mg IV cada 24 horas
- Biogaia 5 gotas c/24h VO
- Metamizol 180 mg IV condicional a fiebre
- Ondansetrón 1 mg IV condicional a náuseas

Evolución

Paciente persiste con fiebre, se tiene los resultados de los exámenes auxiliares solicitados:

Urocultivo negativo

Hemocultivos I y II negativos

Perfil de neumonía atípica negativo

Ac Mycoplasma negativo

Parvovirus negativo

Bk en aspirado gástrico y orina negativos

Perfil tiroideo con resultado en rangos de normalidad

Ecocardiograma resultado:

- Situs solitus levocardia
- Cavidades cardiacas no dilatadas
- Función sistólica biventricular conservada
- Arterias coronarias con aneurismas grandes en ACI, DA y ACD
- Contractilidad global y segmentaria conservada
- No derrame pericárdico, no PCA, no coartación

Por lo hallazgos ecocardiográficos asociado a la clínica de paciente, se tiene el diagnostico presuntivo de Enfermedad de Kawasaki incompleta por lo que el servicio de Cardiopediatría sugiere inicio de inmunoglobulina, junto con aspirina y clopidogrel, así como evaluación por oftalmología y reumatología. Se le brinda la siguiente terapéutica:

- Ig 15.5 g pasar en infusión IV en 12hrs
 - *** 7 cc/h → los primeros 30 minutos
 - *** 14 cc/h → los siguientes 30 minutos
 - *** 45 cc/h → hasta terminar infusión
- Aspirina 100 mg VO c/6h hasta 72 horas afebril.
- Clopidogrel 1.6 mg VO cada 24 horas

Paciente no responde a terapia con inmunoglobulina y persiste con fiebre por lo que se le inicia corticoides, teniendo una buena tolerancia posterior. Por inicio de este último medicamento, es evaluada por servicio de Reumatología quienes sugieren continuar y completar pulsos de metilprednisolona, luego de pulso y si continúa síndrome febril iniciar corticoides 1mg/kg de peso.

Se realiza junta médica multidisciplinaria, en donde especialidades involucradas refieren:

- Reumatología: Por su parte continuar con pulsos de metilprednisona y continuar con corticoterapia oral con prednisona a dosis 7.5mg día (1kg/día) y evaluar evolución a los 7 días.

- Cardiología: Compromiso severo de arterias coronarias, continuar con doble antiagregación y controles periódicos de EKG y electrocardiograma.
- Hematología: De momento no es necesario anticoagulación (valoración clínica/laboratorial), continuar con estudios de perfil de anemia, y controles seriados de perfil de coagulación (fibrinógeno, TGO y TGP). Trombocitos al momento en resolución (reactiva)

Paciente evoluciona favorablemente con terapia instalada, sin embargo, por alto riesgo de mala evolución de aneurismas se realiza teleconsulta a INCOR, en donde se expuso caso, donde concluyen que al momento paciente no es tributaria de ningún procedimiento invasivo, no quirúrgico y que debe de realizarse una angiotomografía con contraste y reconstrucción de coronarias en su institución previa coordinación.

Informe de Angiotomografía (INCOR)

- Situs solitus en levocardia.
- Aneurisma mediano (z score > 5) a nivel proximal de CD y aneurisma gigante (z score > 10) en TCO .

Se le realiza control de ecocardiograma a paciente con el siguiente resultado:

- Cavidades cardiacas no dilatadas con función sistólica biventricular conservada
- Dilatación aneurismática severa en arterias coronarias con imagen hiperecogénica en ACI proximal
- Contractilidad global y segmentaria conservada
- No derrame pericárdico

Con lo cual el cardiopediatra sugiere iniciar anticoagulación con enoxaparina 7 mg SC cada 12h como puente a warfarina vía oral, además de evaluación por hematología si considera adecuado esquema de anticoagulación.

El servicio de Hematología pediátrica evalúa el caso y sugiere también anticoagulación profiláctica con lo cual se inicia enoxaparina a dosis de 4.5mg SC cada 12 horas.

Se tiene segunda junta médica con INCOR vía virtual con informe de angiotac, quienes comunican que de momento no requiere procedimiento quirúrgico, ni percutáneo, debe mantener anticoagulación y que en la brevedad se puede referir por consulta ambulatoria a INCOR.

Se solicita entonces nueva evaluación por hematología para inicio de anticoagulación vía oral para preparar a paciente para pronta alta.

Se toma decisión conjunta de médico pediatras, hematólogo pediatra y cardiopediatra y se dejan las siguientes indicaciones:

- Iniciar con warfarina 1.2 mg/día vo (0.2 mg/kg/día) y continuar con enoxaparina por 3 días
- Control de TP e INR en 3 días de iniciado warfarina
- Suspender enoxaparina si INR = 2; quedando solo con warfarina, continuar controles cada 3 días hasta tener INR 2-2.5
- Disminuir dosis de aspirina a 20 mg c/24 hrs
- Suspender clopidogrel

Paciente clínicamente estable en días posteriores, con controles adecuados de INR, es dada de alta, se le informa a los padres sobre medicación en casa, acudir a los controles por hematología y cardiopediatría, así como la pronta evaluación por INCOR para manejo de aneurismas.

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

El internado médico 2023 fue dado en una etapa post pandemia por la covid-19, debido a esta situación la mayor parte de la fase clínica de la carrera de medicina fue realizada de forma virtual, fueron alrededor de tres años donde la virtualidad fue parte de la vida cotidiana de los alumnos de medicina, lo cual no permitió que se desarrolle la parte práctica de forma ideal de las distintas especialidades.

Por todo lo acontecido, el internado es una parte fundamental en el desarrollo de los médicos, quienes ponen en práctica toda la parte teórica adquirida en los primeros años de estudio, a la par que desarrollan nuevas habilidades y aprenden a establecer una buena relación médico-paciente.

El hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen se encuentra ubicado en el distrito de La Victoria y forma parte del Seguro Social de Salud (ESSALUD), fundado hace 83 años, actualmente es uno de los hospitales líderes del país, siendo reconocido internacionalmente por encontrarse entre los diez hospitales del Perú mejor equipados en América Latina, de acuerdo a Ranking del Global Health Intelligence. Actualmente el hospital está en proceso de acreditación, y está próximo a recibir nuevamente la categoría nivel III-2, es decir la de Instituto de salud especializado.

La duración del internado en este hospital es de un año, en el cual los internos rotan por las cuatro principales especialidades: Pediatría, Medicina Interna, Cirugía general, Gineco-obstetricia. Entre las principales tareas del interno se encuentra la historia clínica y la evolución diaria de los pacientes, la curación y/o limpieza de heridas, además de la realización de procedimientos básicos que se requieran (por ejemplo: toma de gases arterial, colocación y retiro de sondas urinarias). Además de estas labores, también se desarrollan actividades académicas en cada servicio. Por todo ello, el internado es la parte más enriquecedora de la carrera de todo estudiante de medicina.

CAPÍTULO III APLICACIÓN PROFESIONAL

1.1. Rotación en Medicina Interna

Caso clínico nº. 1: Tuberculosis

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad infecciosa altamente prevalente en nuestro país, por lo que supone un problema de salud pública, se reporta el mayor número de casos en Lima y Callao (1). Es producida por la bacteria *Mycobacterium Tuberculosis*, la cual es transmitida a través de microgotas en aerosol, se da generalmente a partir de un paciente enfermo con tos y tuberculosis activa a una persona sana, cabe mencionar que aquellos más frecuentemente afectados son quienes viven en condiciones de hacinamiento, inmunocomprometidos como aquellos infectados con VIH así como trabajadores de la salud, representando para estos últimos un problema de salud ocupacional (2). El órgano principalmente afectado son los pulmones en un 87% produciendo destrucción y necrosis de éste tejido, formándose de esta manera un granuloma, es decir una colección redondeada de macrófagos rodeados de linfocitos que se caracteriza principalmente por una caseación o necrosis central (2).

La sintomatología es variada, puede ir desde asintomática, o presentar síntomas constitucionales como febrícula, decaimiento, pérdida de peso, hasta llegar a un cuadro (florido) caracterizado por fiebre, tos con o sin expectoración y sudoración profusa. Cabe resaltar a la tos como el síntoma más frecuente reportado, al inicio suele ser seca y luego cuando se producen las lesiones necróticas y cavitarias hacerse productiva, siendo éste esputo de característica mucosa, purulenta, incluso sanguinolenta, esto último conocido como hemoptisis (3).

Para el diagnóstico es necesario identificar el agente, puede realizarse una baciloscopía, la cual consiste en observar directamente al germen a través del microscopio de una muestra de esputo, luego de la tinción de Ziehl Nielsen, esta prueba tiene una sensibilidad de un 70%. También tenemos el GenXpert el cual es una prueba molecular que consiste en la amplificación de ácidos nucleicos, detectando la presencia de un gen particular del *mycobacterium*, a la par, determina la resistencia a rifampicina. Por otro lado, el cultivo además de identificar la micobacteria, permite el aislamiento para realizar pruebas de sensibilidad a los medicamentos (4).

Realizado el diagnóstico, se inicia el tratamiento, el cual tiene como núcleo a los medicamentos de primera línea, los cuales son: isoniazida (INH), rifampicina (RIF), etambutol (EMB) y pirazinamida (PZA). El esquema estándar para pacientes con tuberculosis sensible consta de dos etapas: la fase intensiva, que consiste en dos meses diarios de tratamiento con las 4 drogas antes mencionadas, y la fase de consolidación, que consiste en 4 meses de isoniazida y rifampicina de forma interdiaria. Existen otros esquemas de tratamiento, los cuales varían de acuerdo a la sensibilidad de los medicamentos (4).

En este caso clínico, si bien se trata de una tuberculosis sensible a los medicamentos, es importante la vigilancia y seguimiento de la paciente asegurando una adecuada adherencia al tratamiento con el fin de evitar el abandono y con ello que se genere una farmacorresistencia posteriormente.

Caso clínico nº. 2: Síndrome icterico obstructivo

El síndrome icterico obstructivo representa una entidad frecuente en la práctica clínica, el cual se caracteriza por ictericia causada por obstrucción de la vía biliar, lo cual impide la adecuada excreción de la bilirrubina directa. La ictericia es un signo clínico tardío y de mal pronóstico, el cual es detectable al examen físico cuando la bilirrubina sérica es mayor a 2 mg/dl (5). Puede presentarse por diversas causas entre las frecuentes destacan la coledocolitiasis y las neoplasias

malignas como el cáncer de cabeza de páncreas, cánceres de la ampolla de váter y los colangiocarcinomas (6).

La clínica en la cual se da la ictericia nos orienta a la etiología subyacente. Si se presenta dolor abdominal en el cuadrante superior derecho (tipo cólico), que se irradia a la espalda o al hombro, acompañado de fiebre, nos orienta a una patología por cálculos biliares, especialmente si el paciente tiene historia de litiasis vesicular, cirugías biliares o enfermedad inflamatoria intestinal. Por otro lado, si el dolor abdominal es persistente, y se asocia a ictericia de aparición silente y baja de peso, esto sugiere neoplasia pancreática y de la vía biliar (7).

Respecto a los exámenes de laboratorio solicitados tenemos la medición de la bilirrubina total, así como perfil de la función hepática, útil para distinguir la enfermedad hepatocelular de la colestásica. El patrón colestásico se caracteriza por elevación de bilirrubina a predominó de la directa, aumento de la fosfatasa alcalina más de 4-5 veces de su valor normal y gamma glutamil transferasa, esto con aumento de aspartato aminotransferasa y alanina amino transferasa < 200 U/l (8). En el caso clínico presentado, se sospecha de una enfermedad maligna por lo que es importante solicitar además marcadores tumorales: antígeno carbohidrato 19-9 y antígeno carcinoembrionario, y en aquellos con lesiones intrahepáticas solicitar alfafetoproteína AFP. Los valores elevados de estos marcadores respaldan el diagnóstico de colangiocarcinoma, además de ser útiles también para la búsqueda de recurrencia después del tratamiento (9). El examen imagenológico inicial en la emergencia suele ser una ecografía por ser ampliamente disponible, la cual confirma o descarta la obstrucción. La tomografía tiene alta exactitud diagnóstica para lesiones hepáticas en vía biliar extra hepática proximal, vesiculares y pancreáticas mayores de 2-3cm sin embargo su sensibilidad disminuye para lesiones pancreáticas pequeñas y los demás tumores periampulares. La colangiografía es el examen de elección para valorar la vía biliar, además permitir evaluar la resecabilidad en obstrucciones extrahepáticas proximales de la vía biliar (9).

Una vez realizado el diagnóstico, con la ayuda de una anamnesis completa, analítica sanguínea y exámenes de imágenes, el manejo inicial sería la colocación de un drenaje biliar por abordaje endoscópico vía CPRE o también podría realizarse una colangiografía transparietohepática, que consiste en el pase de contraste por una aguja que va desde la pared abdominal, hasta llegar a los conductos biliares, indicado este último procedimiento sobretodo en obstrucciones proximales como en este caso clínico presentado (6).

El tratamiento definitivo en el caso del paciente sería la resección completa del tumor, esto será posible dependiendo de la ubicación y tamaño de éste y dependiendo si existe o no metástasis. En este caso, con los exámenes imagenológicos solicitados se observa que el tumor era resecable, y además no había evidencia de extensión de la enfermedad, por lo que el paciente era candidato quirúrgico, la cirugía de Whipple sería la técnica utilizada posteriormente.

1.2. Rotación en Cirugía general

Caso clínico nº. 1: Apendicitis aguda complicada

La apendicitis, corresponde a la inflamación del apéndice vermiforme vestigial, representa una de las causas más frecuentes de abdomen agudo quirúrgico, su incidencia es 100 por 100.000 personas - año, más frecuente en varones entre los 20-30 años. La evolución natural de la apendicitis se caracteriza por una inflamación inicial de la pared apendicular, seguida de isquemia local, perforación y desarrollo de un absceso o peritonitis difusa. (10).

Los síntomas clásicos de apendicitis son el dolor en el cuadrante inferior derecho, anorexia, náuseas y vómitos. La fiebre suele ocurrir más adelante en el curso de la enfermedad. Por otro lado, signos clásicos frecuentemente reportados

incluyen, signo de McBurney, el signo de Rovsing, signo del psoas y el signo del obturador (10).

El diagnóstico de la apendicitis aguda es fundamentalmente clínico. Laboratorialmente el hemograma puede revelar una leucocitosis con desviación a la izquierda en la mayoría de pacientes. Cuando existe duda diagnóstica, la ecografía abdominal es el examen inicial de gran utilidad con una alta especificidad sin embargo es operador dependiente, mientras que la tomografía es menos dependiente del operador además de permitir una mejor visualización del apéndice retrocecal sin embargo involucra una gran irradiación del paciente (11).

El caso clínico es un apéndice perforado, según estudios el 65% de pacientes con perforación apendicular tuvieron síntomas por más de 48 horas. Hay que tener en cuenta la posibilidad de perforación en pacientes con fiebre mayor a 39.4°C y quienes tengan en la analítica sanguínea una leucocitosis mayor a 15.000 células/microL, además en las imágenes es posible visualizar colección líquida en el cuadrante inferior derecho (10).

El tratamiento incluye la intervención quirúrgica a través de una apendicectomía abierta o laparoscópica, en combinación con antibioticoterapia, esto último en casos de apendicitis complicadas con perforación o peritonitis (12). Otro punto importante son las complicaciones postoperatorias la cuales con frecuencia pueden ser abscesos en la pared o abscesos intraabdominales, las cuales están íntimamente relacionadas al tiempo transcurrido desde el inicio del cuadro hasta la cirugía (11). Cabe mencionar que entre las complicaciones posteriores del paciente en el caso se tuvo la presencia de colecciones intraabdominales en la segunda cirugía, la cual probablemente pudo haberse evitado con una rápida conducta quirúrgica, por lo que es importante reconocer precozmente los signos y síntomas de esta enfermedad, puesto que el tiempo entre el inicio de síntomas y la cirugía es clave para evitar complicaciones en los pacientes.

Caso clínico nº. 2: Colecistitis aguda

La colecistitis es la inflamación de la vía biliar, causada principalmente por cálculos biliares, al generar una obstrucción en el conducto cístico o el colédoco, causando un acumulo de bilis y posteriormente la inflamación aguda (13).

La clínica se caracteriza por dolor abdominal, ubicada en el cuadrante superior derecho o epigastrio, que puede irradiarse al hombro o a la espalda, este dolor además es constante, intenso y suele durar más de 4 - 6 horas. Asociado a ello el paciente puede referir fiebre, anorexia, náuseas y vómitos. En el examen físico, paciente con mal aspecto, suelen tener fiebre, a la evaluación del abdomen suelen tener defensa voluntaria e involuntaria, con frecuencia tiene signo de Murphy positivo, este signo es altamente sensible pero poco específico (14).

El hemograma suele mostrar leucocitos con desviación a la izquierda, por su lado, en el perfil hepático puede observarse en algunos casos elevación leve de transaminasas e hiperbilirrubinemia porque la obstrucción está limitada a la vesícula biliar, sin embargo si tenemos elevación marcada de bilirrubina total y fosfatasa alcalina, se puede plantear otros diagnósticos diferenciales como coledocolitiasis, colangitis o síndrome de Mirizzi (14).

Por su parte, la ecografía abdominal es la prueba de elección para el diagnóstico, que, si bien es operador dependiente, tiene un alto valor predictivo positivo del 92%. En la ecografía, los signos encontrados son: engrosamiento de la pared vesicular > 4-5 mm, líquido pericolecístico o edema (signo de la doble pared, signo de Murphy ecográfico. La tomografía abdominal puede ser útil cuando existe sospecha de complicaciones locales como por ejemplo: absceso perivesicular, perforación vesicular o colecistitis gangrenosa (15).

En este caso clínico, el paciente cumple los tres criterios diagnósticos de Tokio, el cual consta de tres parámetros: A, B y C. El criterio A se basa en los signos de inflamación local es decir si el paciente presenta dolor, masa o rebote en

hipocondrio derecho, o el signo de Murphy positivo. El B son signos de inflamación sistémica, el cual se evidencia a través de la fiebre, o laboratorialmente con leucocitosis o PCR incrementado. El criterio C, consta del hallazgo en la imagen como pared vesicular engrosada o vesicular biliar grande. El diagnóstico definitivo se realiza cuando se cumple un ítem de A, B y C, como sucede en el caso presentado (15).

El tratamiento de elección de esta patología es la colecistectomía, la cual se realiza en el paciente de este caso, si bien se puede resolver con manejo médico, cerca del 20% de pacientes reingresan por episodios similares, por lo que realizar la cirugía de forma precoz reduce la estancia hospitalaria y el tiempo de intervención quirúrgica.

1.3. Rotación en Ginecología-Obstetricia

Caso clínico nº. 1: Adenocarcinoma cervical

El cáncer de cérvix es la segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres en el mundo, por lo que representa un problema de salud pública en el mundo, se presenta con mayor frecuencia entre los 40 y 50 años de edad (16). Los dos tipos histológicos principales son el carcinoma epidermoide y el adenocarcinoma, entre ambos el tipo epidermoide es el más frecuente, presentándose en el 85% de casos, sin embargo la incidencia del adenocarcinoma se ha incrementado progresivamente en las últimas décadas (16).

Entre los factores de riesgo involucrados en el desarrollo del adenocarcinoma se encuentra principalmente la infección por VPH, especialmente el subtipo 16 y 18, entre otros factores como el mayor número de parejas sexuales, inicio de relaciones sexuales a temprana edad o el uso de anticonceptivos orales (17).

El tamizaje a través de la citología cérvico vaginal implementado para un diagnóstico precoz de estos cánceres, si bien es útil en la reducción de la incidencia y mortalidad por el carcinoma epidermoide, en el caso del

adenocarcinoma su uso es controversial puesto que el origen se da en un porción más alejada del canal endocervical, por lo que el acceso es dificultoso (17). Como se presenta en el caso clínico, la citología en dos ocasiones resultó negativa, acorde con estudios que señalan la poca utilidad de la citología en estos casos. Otro método de tamizaje implementado hace 3 años por el Minsa es la detección molecular del ADN del VPH, prueba que presenta una alta sensibilidad >90% sin embargo una baja especificidad, puesto que el diagnóstico del virus no predice su persistencia, necesario para desarrollar el cáncer (18).

Las pacientes con adenocarcinoma de cérvix pueden estar asintomáticas al momento del diagnóstico o acudir a consulta por clínica de sangrado vaginal, con menos frecuencia refieren flujo vaginal o dolor (17).

Respecto al pronóstico del adenocarcinoma de cérvix, algunos estudios señalan que es similar al carcinoma epidermoide, sin embargo, otros autores, indican que el pronóstico es más sombrío.

El tratamiento mediante histerectomía radical del cáncer de cuello uterino, incluye la linfadenectomía pélvica, incluso en pacientes donde se reporta baja probabilidad de metástasis ganglionar se realiza de forma cotidiana.

En el caso clínico tenemos a una paciente asintomática con dos resultados de citología negativo y una prueba molecular positiva para VPH serotipo 16, por lo que es de suma importancia el tamizaje en esta población con el fin de detectar el cáncer en estadios tempranos con el fin de erradicar completamente la enfermedad.

Caso clínico nº. 2: Preeclampsia

La preeclampsia es parte de los trastornos hipertensivos propios de la gestación, se define como hipertensión arterial que aparece después de las 20 semanas de gestación o posparto, asociado a proteinuria y/o daño de órgano blanco (19).

Existen subtipos de preeclampsia, siendo los más comunes el de inicio temprano (antes de las 34 semanas de gestación) y el de inicio de tardía(a partir de las 34 semanas), siendo el de inicio temprano asociado a peores resultados maternos y fetales (19).

Existen factores clínicos que se asocian con mayor riesgo de desarrollo de preeclampsia los cuales son: preeclampsia en gestación anterior, nuliparidad, edades extremas (>18 años o >40 años, historia familiar, hipertensión crónica, enfermedad renal crónica, obesidad, diabetes mellitus, hipertirodismo mal controlado (20).

El diagnóstico es como se mencionó anteriormente, cuando se encuentra la presión arterial elevada pasada las 20 semanas de gestación, en una mujer que antes era normotensa, se debe tener una presión sistólica > o igual a 140 o diastólico igual o mayor a 90 mmHg en dos oportunidades distintas, esto asociado a proteinuria > 300 mg/24h (19). El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia recomienda que en pacientes con hipertensión arterial sin proteinuria pero que presente signos de gravedad o severidad como plaquetopenia, alteración hepática, creatinina > 1.1 mg/dL, edema pulmonar, disfunción uteroplacentaria o sintomatología de preeclampsia (alteración visual, cefalea, dolor en epigastrio o cuadrante superior derecho), se considere preeclampsia, en estos casos se denomina preeclampsia con signos de severidad (20).

Como se presenta en el caso clínico, la paciente tiene un hallazgo incidental de presión arterial elevada en su control prenatal, por lo que debe ser evaluada inmediatamente para el diagnóstico de la enfermedad con el fin de evitar complicaciones posteriores. Entre las pruebas de laboratorio que se solicitan se incluye: el hemograma completo con plaquetas, nivel de creatinina, perfil hepático, proteinuria cuantitativa, lactato deshidrogenasa (21).

A la par de la evaluación materna, se debe evaluar el estado fetal, se puede realizar una prueba en reposo o un perfil biofísico. La ecografía nos sirve para evaluar el volumen de líquido amniótico y estimar el peso fetal, esto debido a que la preeclampsia está asociado a un mayor riesgo de oligohidramnios y restricción del crecimiento intrauterino (20).

El manejo puede ser conservador y esperar el término de la gestación hasta la semana 37, como en el caso clínico presentado, esto debido a que no se observa signos de severidad. Otras situaciones en donde el manejo es expectante es cuando no hay trabajo de parto pretérmino, ruptura prematura de membrana o signos de estrés fetal. Sin embargo, es importante el control estricto de la paciente, por lo que se realiza controles semanales con el fin de monitorizar la presión arterial, evaluar el crecimiento fetal, así como para estudios laboratoriales.

1.4. Rotación en Pediatría

Caso clínico nº. 1: Asma

El asma es una enfermedad frecuente en pediatría, caracterizado por la inflamación crónica de las vías respiratorias, causando dificultad a la salida del aire de los pulmones. Las crisis asmáticas representan la urgencia médica más frecuente en los niños, por ser episodios en donde el estado basal del niño asmático empeora, por lo que precisan de atención y tratamiento médico inmediato (22).

Las exacerbaciones pueden presentarse de forma progresiva o de inicio abrupto, a su vez puede ser la forma clínica en que se manifieste el asma, suele también presentarse en aquellos pacientes diagnosticados previamente de asma. Los episodios se caracterizan por dificultad para respirar, sibilancias, tos y sensación de opresión o dolor torácico, acompañado de disminución de la función pulmonar (22).

Existen factores desencadenantes o agravantes de los síntomas del asma siendo los más comunes las infecciones virales, alérgenos domésticos (como ácaro del polvo, polen, cucarachas), humo del tabaco, ejercicio y estrés (23).

Para el diagnóstico es suficiente realizar una adecuada historia clínica y un meticuloso examen físico. Es importante también valorar la gravedad del cuadro, para ellos tenemos escalas validadas como el Pulmonary Score que incluye parámetros como la frecuencia respiratoria, auscultación, y el uso de musculatura accesoria; además de ello hay que vigilar las constantes vitales, especialmente la frecuencia cardíaca y respiratoria, así como la saturación de oxígeno (24).

En la práctica clínica, como en el caso presentado, se inicia con dosis repetida de salbutamol (beta 2 agonista de acción corta) asociado a un corticoide sistémico, se suplementa con oxígeno en caso se requiera para tener una saturación objetivo de 93-95%, en este caso no fue necesario porque la paciente presentaba una adecuada saturación de oxígeno. Se usa también anticolinérgicos como el bromuro de ipratropio que a pesar de tener una acción más lenta su efecto es más prolongado, su administración en conjunto mejora rápidamente los síntomas y la función respiratoria (22).

La vigilancia continua del paciente mientras reciba el tratamiento es importante para realizar ajustes posteriores, cuando existan criterios de mejoría clínica (mejor ventilación y sato₂, desaparición o menor uso de músculos accesorios y sibilancias) el paciente puede irse de alta. Explicar detalladamente a los padres sobre la vigilancia de los signos de alarma, así como evitar los factores que pueden desencadenar las crisis. Se le debe indicar además el uso de salbutamol a demanda, y el control posterior con el médico neumólogo pediatra con el fin de evaluar la evolución del paciente y establecer con ello el tratamiento más oportuno, con el fin de evitar nuevos episodios.

Caso clínico nº. 2: Enfermedad de Kawasaki

La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis multisistémica, aguda y autolimitada que afecta vasos de mediano y pequeño calibre. Suele afectar principalmente a menores de 5 años, presentando su pico de incidencia entre los 18 y 24 meses (25).

El diagnóstico es clínico basado en los siguientes criterios principales: la fiebre persistente mayor a 5 días de duración, la cual no responder a antipiréticos ni antibióticos, conjuntivitis bilateral sin exudado, cambio en las extremidades (eritema, edema de manos y pies, en fases más tardía descamación), alteración en la cavidad oral (enantema de la mucosa, labios secos, agrietados, con lengua de aspecto aframbuesado), exantema polimorfo maculo papular y adenopatía cervical aguda no purulenta (26).

Las formas de presentación se definen como casos completos, incompletos o atípicos. La enfermedad de Kawasaki completo cumple con el criterio de fiebre por más de 5 días acompañado de 4 criterios clínicos, o en su defecto, la fiebre junto con 3 criterios siempre y cuando el paciente presenta afectación cardiaca. La forma incompleta comprende a la fiebre persistente junto con otros criterios clínicos, pero sin llegar a cumplir los criterios necesarios para una enfermedad de Kawasaki completa. Mientras que la forma atípica se refiere a pacientes que presentan clínica que normalmente no se presenta como falla renal o el síndrome de activación macrofágica (25).

Una vez tenemos la sospecha y descartemos otras enfermedades, será útil exámenes de laboratorio donde se observa incremento de transaminasa hepáticas en la etapa inicial, aumento de leucocitos en examen de orina, trombocitosis en la fase convaleciente, elevación de BNP, hipoalbuminemia o hiponatremia (27).

El tratamiento tiene como objetivo reducir la inflamación y el daño arterial, está basado en el uso de inmunoglobulina intravenosa, su uso debe ser lo más antes posible, de preferencia dentro de los 10 primeros días de enfermedad (27). Si bien en el caso presentado, la paciente tenía más de 10 días de evolución e inicio del cuadro, si está recomendado el uso de inmunoglobulina porque la fiebre persistía, los parámetros inflamatorios no mejoraban y por la detección de aneurismas en el ecocardiograma (28). Asociado a la IgIV, el tratamiento incluye también ácido acetilsalicílico a altas dosis, algunos autores señalan debe mantener la dosis hasta que el paciente permanezca afebril por 48-72 horas y luego reducir la dosis.

En los pacientes con afectación de las arterias coronarias establecida, los corticoides se han asociado con disminuir la duración de la fiebre, en el caso clínico, se utiliza pulsos de metilprednisolona porque la paciente se muestra refractaria a tratamiento inicial, posteriormente se redujo gradualmente con prednisona oral (26). Es vital el seguimiento posterior de estos pacientes, especialmente en aquellos con afectación coronaria, como el caso clínico, informar adecuadamente a los padres sobre el seguimiento cardiológico y hematológico (por el tratamiento anticoagulante).

Hay que tener en cuenta esta patología entre los diagnósticos diferencial de un menor que acude a la emergencia por fiebre persistente, esto por la alta morbimortalidad que puede generar al producir patología coronaria cuando no se instaure un tratamiento rápidamente como en el caso clínico presentado.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico fue realizado en el hospital Hospital Nacional Guillermo Almenara en el distrito de La Victoria, luego de tres años post pandemia se admitieron nuevamente internos de medicina en Essalud, quienes iniciaron su internado el 1 de enero del 2023. El hospital cuenta con todas las especialidades médicas, particularmente los internos tienen rotaciones en las 4 grandes áreas de la medicina las cuales son Medicina Interna, Pediatría, Cirugía y Ginecología y Obstetricia, cada rotación tiene una duración de 3 meses.

La primera rotación fue pediatría, se aprendió lo fundamental que es el triángulo de evaluación pediátrica para determinar la gravedad y el manejo del niño que acude a la emergencia. Por otro lado, averiguar sobre los antecedentes natales y perinatales en esta etapa es primordial, puesto que nos guía a un correcto diagnóstico. En neonatología aprendes desde la atención inmediata del recién nacido, hasta el manejo de un paciente con síndrome de aspiración meconial en unidad de cuidados intensivos.

La segunda rotación fue Medicina Interna, aprendes lo vital que es la historia clínica del paciente, ya que a través de una anamnesis adecuada y un examen físico exhaustivo se puede lograr aproximaciones diagnósticas muy certeras. Además, durante las guardias de emergencia, se aprende el manejo e identificación de las patologías más frecuentes. Se realizan también procedimientos como paracentesis, toracocentesis, punciones lumbares, los cuales son de gran relevancia en muchas ocasiones para el diagnóstico o terapéutica de una enfermedad.

La rotación de Ginecología y Obstetricia, en el servicio de obstetricia aprendes a identificar aquellos factores que ponen en riesgo el bienestar materno fetal. Respecto a las pacientes con patologías ginecológicas, se observa que en

muchos casos el tratamiento es médico, sin embargo, se otorga la opción quirúrgica en casos refractarios.

Por último, en la rotación de cirugía general terminarás identificando rápidamente aquellos pacientes que necesiten una cirugía de emergencia por un cuadro de abdomen agudo, además de ello, podrás intervenir en cirugías menores.

Por nuestro lado como internos es esencial incrementar la parte cognoscitiva de cada una de las patologías que tenemos la oportunidad de evaluar y con el concurso de los valores y principios fundamentales de la persona humana que rigen a la sociedad, determinar un concepto actitudinal propio del egresado de nuestra universidad.

Por último, es importante la suficiencia, la capacidad de reflexión y la seguridad gradualmente adquirida en el internado para la toma de mejores decisiones que redunden en beneficio de nuestros pacientes y siempre basados en los principios básicos de la ética: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, así como la libre discrecionalidad del acto médico.

CONCLUSIONES

1. El internado representa el último año del estudiante de medicina, siendo una de las etapas más fundamentales para su formación como médico.
2. Durante este tiempo el interno tiene rotaciones en cuatro grandes áreas de la medicina: Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia y Pediatría, en donde aplica todo el conocimiento adquirido en los años previos y los pone en práctica con pacientes reales, siempre guiados por sus tutores.
3. Uno de los objetivos del internado es preparar al interno para que afronte de forma exitosa el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud, en donde el médico recién egresado promoverá la salud de las poblaciones más pobres y alejadas de nuestro país.
4. Por ello es importante que durante el internado, el interno sepa construir una buena relación médico paciente, pueda identificar y manejar las principales patologías de cada especialidad, y en muchos casos también sepa cuándo referir al paciente a un centro de mayor nivel de atención.
5. La experiencia abarcada en el año del internado será útil a la hora de la toma de decisiones de los distintos casos clínicos que posteriormente evaluaremos en el Serums, por lo que es una única oportunidad de aprendizaje.

RECOMENDACIONES

1. Se deben cumplir los principios de bioseguridad, por parte de los hospitales es importante que se brinden capacitaciones sobre ello con el fin de evitar enfermedades infecto contagiosas transmisibles.
2. A los próximos internos de medicina, cada día está lleno de oportunidades, no hay que desaprovechar a los grandes maestros que hay en el hospital, y en lo posible, absolver todas las dudas que existan durante el internado.
3. Debe existir una actualización permanente en los diferentes tópicos de las especialidades médicas que permitan un eficiente diagnóstico y manejo de cada una de las patologías a tratar.
4. Parte de crecer implica equivocarse, por lo que no hay que tener miedo a ello, el internado es la etapa donde muchas veces fallarás, por lo que siempre hay que tener alguien al lado (residente, asistente o médico docente) quien nos guíe por el mejor camino.
5. Siendo la medicina una profesión eminentemente humanística debemos tener presente que estamos tratando permanentemente con personas quienes acuden a nosotros con manifestaciones clínicas propias de cada patología, con la esperanza de ver resueltos su problema de salud y con la expectativa de recibir el trato más adecuado para el manejo de sus dolencia; es en ese sentido que debemos tener presente los preceptos básicos religiosos, éticos y morales que guían nuestro permanente accionar, tratando a nuestros pacientes como nos gustaría ser tratados, la mayor actitud empática en el manejo de la relación médico paciente y finalmente dar lo mejor de cada uno de nosotros para no siempre curarlo, muchas veces atenderlos pero siempre escucharlos y tratarlos de la mejor manera posible, mostrando vocación de servicio, integridad en nuestras acciones e identificación permanente con quienes confían en nosotros.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Minsa: INS continúa fortaleciendo servicios para combatir a la tuberculosis en el Perú. Lima; 2024 [Internet]. [citado 28 de febrero de 2024]. Disponible en: http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/noticias/detalle_noticia.aspx?not=1119
2. Alzayer Z, Al Nasser Y. Primary Lung Tuberculosis. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 28 de febrero de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567737/>
3. Golpe Gómez AL, Lado Lado FL, Ortiz de Barrón AC, Ferreiro Regueiro MJ. Clínica de la tuberculosis. Med Integr. 1 de marzo de 2002;39(5):181-91.
4. Guía práctica para el diagnóstico y tratamiento de las personas con TB en el primer nivel de atención [Internet]. [citado 28 de febrero de 2024]. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/0000001443cnt-2019-04-04_guia-tb.pdf
5. Cirugía en medicina general: manual de enfermedades quirúrgicas [Internet]. [citado 28 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://libros.uchile.cl/files/presses/1/monographs/1061/submission/proof/268/#zoom=z>
6. Síndrome icterico obstructivo. Artículo monográfico [Internet]. [citado 28 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/sindrome-icterico-obstructivo-articulo-monografico/>
7. Rodríguez-Domínguez A, Martínez LEH. Pacientes con síndrome de íctero obstructivo / Patients with obstructive jaundice syndrome. Archivos del Hospital Universitario «General Calixto García» [Internet]. 30 de junio de 2023 [citado 28 de febrero de 2024];11(2). Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/e1103>
8. Márquez L, Castro D, Vivas J. Evaluación inicial y causas frecuentes del síndrome icterico obstructivo. Revista GEN. 2021;75(3):119-24.
9. Clinical manifestations and diagnosis of cholangiocarcinoma - UpToDate [Internet]. [citado 28 de febrero de 2024]. Disponible en:

- https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-cholangiocarcinoma?search=colangiocarcinoma%20intraductal&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H20
10. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 28 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2#H1
 11. Paz Soldán Mesta CF, Liliana Gonzales H, Paz Soldán Oblitas CE. Surgical complications in patients with complicated acute appendicitis in open and laparoscopic surgeries in a national referral center. RFMH. 11 de septiembre de 2020;20(4):624-9.
 12. Garau X. Peritonitis y otras infecciones intraabdominales.
 13. Iza KLL, Mucarsel MSS. Actualización diagnóstica y terapéutica de la colecistitis aguda. Riobamba, Ecuador. 2023
 14. Colecistitis litiásica aguda: características clínicas y diagnóstico - UpToDate [Internet]. [citado 28 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=colecistitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~130&usage_type=default&display_rank=1#H7
 15. Colecistitis aguda [Internet]. [citado 28 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-continuada-8-pdf-S1578155011700110>
 16. Cardozo NM, Hidalgo F. Evaluación del adenocarcinoma del cuello uterino mediante la clasificación de Silva 2000–2018. 2021;33.
 17. González R. Adenocarcinomas de cérvix: Frecuencia y características patológicas en un laboratorio de Colombia, evaluación de su reproducibilidad diagnóstica y revisión de la literatura [Internet]. [citado 28 de febrero de 2024]. Disponible en:

<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/20913/5598457.2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

18. Rodríguez-Iglesias M. Diagnóstico molecular del papilomavirus humano: nuevos desafíos en un escenario diferente. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1 de mayo de 2012;30(5):223-4.
19. Santa Cruz-Pavlovich F., Salmeron-Salcedo C., Ponce-Rivera M., Luna-Flores A., (2023). Preeclampsia: Revisión. Artículo de revisión. *Revista Homeostasis*. 5(1)
20. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 28 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis?search=preeclampsia&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H1
21. Calvo JP, Rodríguez YP, Figueroa LQ. Actualización en preeclampsia. *Revista Médica Sinergia*. 1 de enero de 2020;5(1):e340-e340.
22. Calzón NP, Fernández JB. Diagnóstico y tratamiento de la crisis asmática en Urgencias.
23. Yorganci A, Levy ML, Decker R, Rurey K. A pocket guide for health professionals. GINA Board of Directors.
24. Borrego JT, Casanueva CO, Tortajada-Girbés M. Tratamiento del asma pediátrica. Tratamiento de la crisis de asma.
25. Sanchez J. Enfermedad de Kawasaki [Internet]. [citado 28 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19_kawasaki.pdf
26. Vainstein E. diagnóstico y tratamiento.
27. Chaves GG, Jimenez SR. Actualización de la Enfermedad de Kawasaki. *Revista Médica Sinergia*. 1 de julio de 2022;7(7):e840-e840.
28. Antón J, Bou R. Tratamiento de la enfermedad de Kawasaki. *An Pediatr Contin*. 1 de febrero de 2008;6(1):34-8.

ANEXOS

Rotación en Medicina Interna

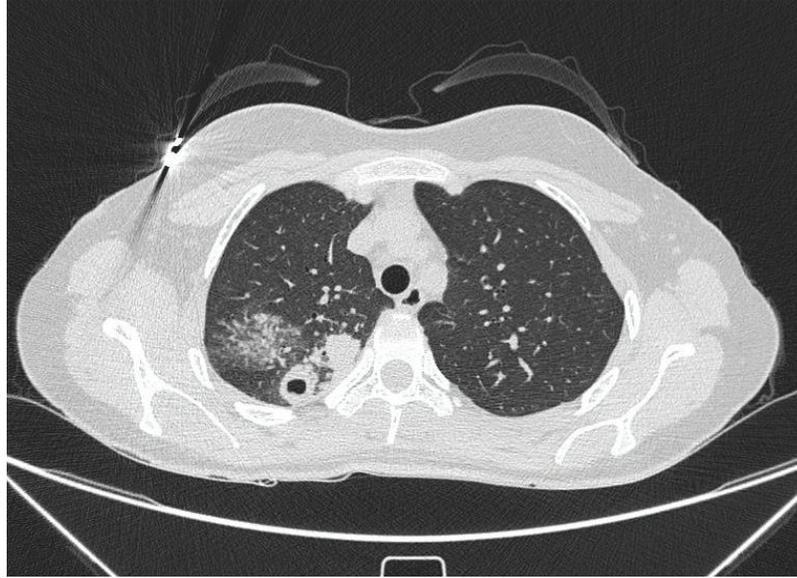


Figura 1. Caso clínico nº. 1: Tuberculosis pulmonar

Código: 31622 BRONCOSCOPÍA, RÍGIDA O FLEXIBLE, CON O SIN GUÍA FLUOROSCÓPICA, DIAGNÓSTICA, CON O SIN LAVADO.	Resultado : [REDACTED] ATIVO
	Procedimiento: Videobroncoscopia + BAL Indicación y diagnóstico pre Broncoscopia: hemoptisis no activa / nodulos cavitados Consentimiento informado: Se explicó a paciente en qué consiste procedimiento, los riesgos potenciales del procedimiento; paciente aceptó y firmó (consentimiento informado en hoja aparte). Exámenes pre Broncoscopia: Se revisó TEM Tórax, hemograma y perfil de coagulación, Prueba de Antígeno para SARS-CoV2 negativo. Estado pre Broncoscopia: Despierta, orientada, a FIO2 ambiental SatO2 97%, FC 74, FR 20, PA 110/60. Se colocó cánula nasal de oxígeno para procedimiento. Equipos utilizados: Videobroncoscopio Olympus Descripción y hallazgos: Fosas nasales: sin alteraciones Cuerdas vocales móviles y simétricas. Tráquea sin lesiones endoscópicas. Cánula principal: No engrosada. Árbol bronquial derecho: B. Principal: mucosa pálida de aspecto rugoso y abundantes secreciones; Carina RC1: No ensanchada B. Lobar Superior y B. Segmentarios: No lesiones, secreción mucosa abundante de RB1, se aspira, se realiza BAL y Lavado Bronquial en RB1. B. Intermedio: No lesiones ni secreciones; Carina RC2: No ensanchada B. Lobar Medio: No lesiones ni secreciones B. Lobar Inferior y B. Segmentarios: No lesiones, ni secreciones. Árbol bronquial izquierdo: No se exploró Diagnóstico broncoscópico: No lesiones endobronquiales. Complicaciones: No. Pérdida sanguínea: 0ml. SaO2 durante procedimiento: 94%, con FIO2 40%. Muestras: BAL (GenXpert, gram y cultivo de gérmenes comunes) Lavado Bronquial (BK, Hongos, PAP), Espudo Post BCF (BK). Estado post broncoscopia inmediato: Bajo sedoanalgesia, a FIO2 21%, SatO2 98%, FC 78, FR 22, PA 100/60. Retorna a su ambiente. Recomendaciones: Ayuno y reposo 2 horas. Monitoreo de signos vitales. Seguimiento de muestras.

Figura 2. Caso clínico nº. 1: Tuberculosis pulmonar



Figura 3. Caso clínico nº. 2: Síndrome icterico obstructivo

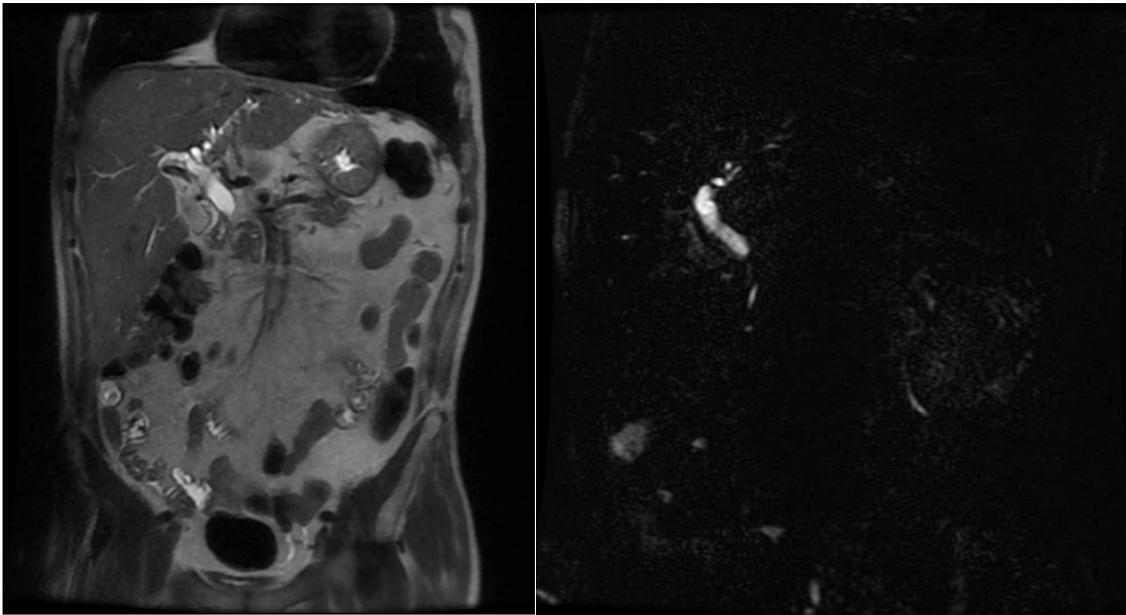


Figura 4. Caso clínico nº. 2: Síndrome icterico obstructivo

Rotación en Cirugía General

Codigo Examen	76700 ECOGRAFIA ABDOMINAL, RASTREO B Y/O EN TIEMPO REAL CON DOCUMENTACION DE LA IMAGEN; COMPLETA.	Sede	ECO-SALA 05 - EMERGENCIA
Fecha Toma de Muestra	// 00:00		
Personal Responsable	D.N.I. 41410433 🇪🇸 VILLANUEVA VALENZUELA EDILBERTO DAVID		
Informe Resultado	<p>ECOGRAFÍA DE FOSA ILIACA DERECHA: INDICACIÓN: D/C APENDICITIS AGUDA.</p> <p>- FOSA ILIACA DERECHA: ASAS INTESTINALES POCO MÓVILES CON PERISTALTISMO DISMINUIDO. SE VISUALIZA INCREMENTO DE LA ECOGENICIDAD DE LA GRASA PERITONEAL. SE DEFINE ESTRUCTURA TUBULAR APERISTALTICA EN ASAS CIEGA QUE MIDE 16 MM DE DIAMETRO TRANSVERSO. ESCASO LIQUIDO INTERASAS.</p> <p>CONCLUSIÓN: SIGNOS ECOGRÁFICOS DE PROCESO INFLAMATORIO APENDICULAR. CORRELACIONAR CON DATOS CLINICOS Y LABORATORIO.</p>	Tipo Resultado	Patológico

Figura 5. Caso clínico nº.1: Apendicitis aguda complicada

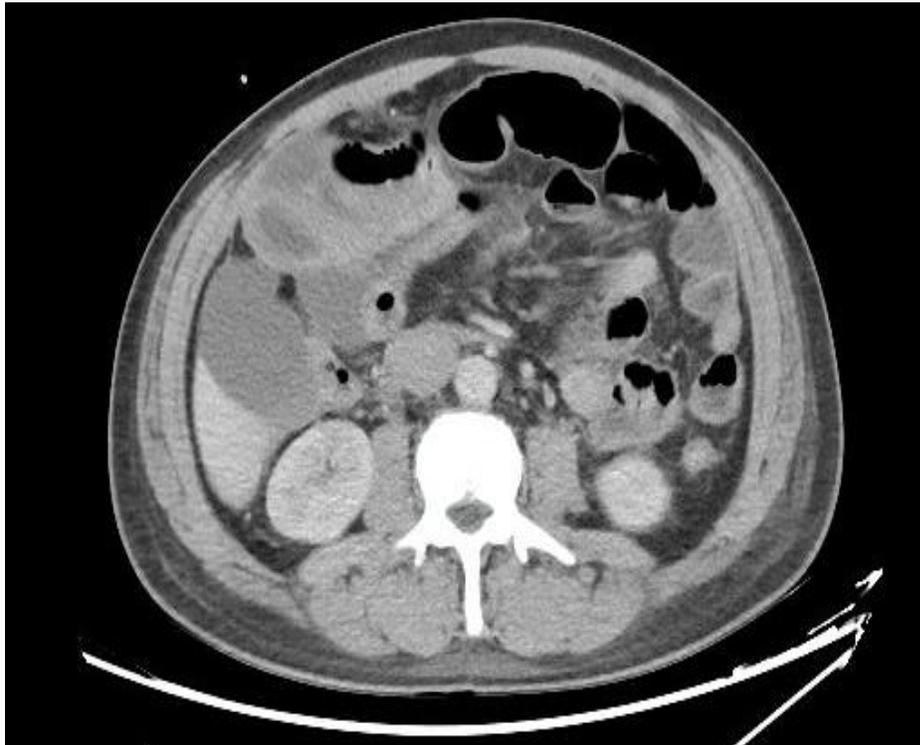


Figura 6. Caso clínico nº. 1: Apendicitis aguda complicada

Codigo	76705 ECOGRAFIA ABDOMINAL, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACION DE IMAGEN; LIMITADA (EJEMPLO: UN SOLO ORGANO, CUADRANTE, SEGUIMIENTO)		
Indicaciones	DC COLECISTITIS AGUDA		
	INF:	ECOGRAFÍA DEL ABDOMEN SUPERIOR	FECHA RESULTADO: 20/11/2023
Resultados	<p>EL EXAMEN ECOTOMOGRÁFICO REALIZADO EN EL TIEMPO REAL, CON ECÓGRAFO Y TRANSDUCTOR ELECTRÓNICO MULTIFRECUENCIA, MUESTRA:</p> <p>HÍGADO: DE TAMAÑO Y ECOGENICIDAD CONSERVADA. NO SE OBSERVAN LESIONES SÓLIDAS NI QUIÍSTICAS. NO DILATACIÓN DE LAS VÍAS BILIARES INTRAHEPÁTICAS. LHD: 122MM. VENA PORTA: 9.8MM. COLÉDOCO: 5MM. VESÍCULA BILIAR: DISTENDIDA, MIDE 79X40MM. PAREDES ENGROSADAS. CONTIENE LITO DE 22MM DE DIÁMETRO. PÁNCREAS: CABEZA Y CUERPO DE TAMAÑO Y MORFOLOGÍA CONSERVADA. BAZO: MUESTRA TAMAÑO Y MORFOLOGÍA CONSERVADA. RIÑONES: DE LOCALIZACIÓN HABITUAL, FORMA, TAMAÑO, CONTORNOS, BORDES, EJES Y MOVILIDAD CONSERVADOS. RELACIÓN PARÉNQUIMA-SENO RENAL Y CORTICO-MEDULAR CONSERVADA. CORTEZA Y MÉDULA CON ECOS DE DISTRIBUCIÓN HOMOGÉNEA. NO SE OBSERVÓ DILATACIÓN DE LA UNIÓN URETEROPIÉLICA. AUSENCIA DE HIDRONEFROSIS, LITIASIS, SIGNOS INFLAMATORIOS O PROCESOS EXPANSIVOS RENALES. AUSENCIA DE IMÁGENES PATOLÓGICAS EN LOS ESPACIOS PERIRENALES Y PARARENALES. NO LÍQUIDO LIBRE.</p> <p>CONCLUSIÓN: COLECISTITIS CRÓNICA LITIÁSICA</p>		

Figura 7: Caso clínico nº. 2: Colecistitis aguda

	DIAGNOSTICO PRESOP: COLECISTITIS AGUDA DIAGNOSTICO POSOP: CONFIRMADO
	CIRUGIA REALIZADA: COLELAP+ LIBERACION DE ADHERENCIAS
Descripción de Hallazgos	CIRUJANO PRINCIPAL: DRA SALAZAR ASISTENTE: R3 GALARRETA
	HALLAZGOS: SINDROME ADHERENCIAL EN PELVIS POR ANTECEDENTE QUIRURGICO DE APENDICECTOMIA. VESICULA DE 8X4CM DE PAREDES ENGROSADAS DE 4MM , CALCULO ENCLAVADO EN BACINETE DE APROX 20MM, TRIANGULO HEPATOCISTICO FIBROSADO CON ARTERIA Y CONDUCTO CISTICO UNICO. HIGADO DE COLOR ROJO VINOSO.
Descripción del Procedimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. AA+CCE, INCISION TRANSUMBILICALNEUMOPERITONEO CERRADO CON AGUJA DE VERESS, COLOCACION DE T1 2. LAPAROSCOPICA DIAGNOSTICA, COLOCAION DE T2, T3 Y T4 BAJO VISION DIRECTA, LIBNERACION DE ADHERENCIAS POR ENERGIA MONOPOLAR 3. DISECCION DE TRIANGULO HEPATOCISTICO IDENTIFICACION DE ARTERIA Y CONDUCTO CISTICO, COLOCACION DE CLIP Y SECCION DE ESTOS 4. DISECCION DE VESICULA DE LECHO HEPATICO. COLOCACION EN BOLSA DE GUANTE Y EXTRACCION DE PIEZA 5. CONTROLDE HEMOSTASIA, RETIOR DE TROCARES BAJO VISION DIRECTA. CIERRE DE T1 POR PLANOS. CIERRE DE OTROS TROCARES CON NYLON 3/0 PIEL 6. PACIENTE TOLERA EL PROCEDIMIENTO PASA A URPA
Incidencias en Sala	
Envio de muestra a patologia	Si
Pieza Quirurgica	VESICULA BILIAR

Figura 8: Caso clínico nº. 2: Colecistitis aguda

Rotación en Ginecología y Obstetricia

Exámen	88366	ESTUDIO DE BIOPSIA QUIRURGICA	Fec.Resultado 03/11/2023
Tipo de Estudio	964	PATOLOGIA QUIRURGICA	
Macroscopia	Prof. Médico: 42160607	ASENCIO AGUEDO ANGELICA	Fecha Informe: 25/10/2023
	Informe	Se recibe multiples fragmentos de tejido pardo claro que en conjunto hacen un volumen de 4cc. tlc	
Microscopia	Prof. Médico: 42160607	ASENCIO AGUEDO ANGELICA	Fecha Informe: 25/10/2023
	Informe	CANAL ENDOCERVICAL: BIOPSIA CURETAJE - ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL ASOCIADO A PVH. INFILTRANTE. INMUNOHISTOQUIMICA	
		----- P16: POSITIVO - CEA: POSITIVO - VIMENTINA: NEGATIVO - RE: NEGATIVO - P53: NEGATIVO	
Reporte Informe:			
DX. TOPOGRAFICO		T83300:ENDOCERVIX	
DX. PROCEDIMIENTO		P88305A:ESTUDIO MACRO Y MICROSCÓPICO DE PIEZA OPERATORIA: NIVEL IVA	Activar Wii
DX. MORFOLOGICO		M81403:ADENOCARCINOMA, SAI	Ve a Configuri

Figura 9. Caso clínico n°. 1: Adenocarcinoma cervical

Descripción de Hallazgos	<p>qx: Laparotmia exploratoria.Histerectomia Radical + Salpingooforectomia Derecha (Linfadenectomia pelvica bilateral). Estudio liquido peritoneal.</p> <p>uterio deformado aumentado de tamaño de aspecto miomatoso(multiples miomas subserosos) de aprox 18 por 16cm ocupa mayor parte de cavidad pelvica. Escaso liquido peritoneal serosanguinolento. No implantes. Epiplon SAS Rersto de organos intraabdominales normales.</p> <p>Ganglios pelvicos derechos lig aumentados de tamaño de 0.8 cm de diametro uno de 1.5 cm</p> <p>Hay ganglios pelvicos izquierdos casi similar al zerecho. lig aumentados de 0.7 cm rn numero de 4 y uno de 1.5 cm.</p> <p>No impresiona infiltracion parametrial. Cervix de 3cm sin evidencia tumoral.excepto istmo nodular parte posterior .</p> <p>Ovarios y trompas congestivas de aspecto normal.</p> <p>Adherencia parietoepiploica ovarica izquierda.Ausencia de anexo izquierdo</p> <p>Laparotmia exploratoria.Histerectomia Radical + Salpingooforectomia Derecha (Linfadenectomia pelvica bilateral). Estudio liquido peritoneal.</p>
Descripción del Procedimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. DD+AA 2. COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES 3. APERTURA DE PLANOS HASTA CAVIDAD 4. PCL LIGAMENTO REDONDO 5. PCL DE INFUNDIBULO PELVICO 6. PCL DE ARTERIA UTERINA 7. IDENTIFICACION DE URETER 8. DISECCION DE ESPACIOS PARARECTAL 9. LINFADENECTOMIA PLEVICA BILATERAL 10. RESECCION DE PARAMETRIOS Y TEJIDO SUPRAVAGINAL 11. CIERRE DE PLANOS HASTA PIEL
Incidencias en Sala	sangrado: 300cc ninguna
Envio de muestra a patologia	Si
Pieza Quirurgica	uterio miomatoso con anexo derecho. Ganglios pelvicos derechos e ganglios pelvicos izquierdos

Figura 10. Caso clínico n°. 1: Adenocarcinoma cervical

Muestras:

Orden **2034477**

Todas las pruebas

Estado	Mu...	Prueba Nombre	Resultado	Un.	1 Res. P...	2 Res. Pre...	Res. Anter...	Min...	Máx...
		Volumen Urinario	4320	ml					
		Proteinuria de 24 horas	648	mg/24h					
		Proteinuria a Azar	15	mg/dl					

Figura 11. Caso clínico nº. 2: Preeclampsia

Rotación en Pediatría

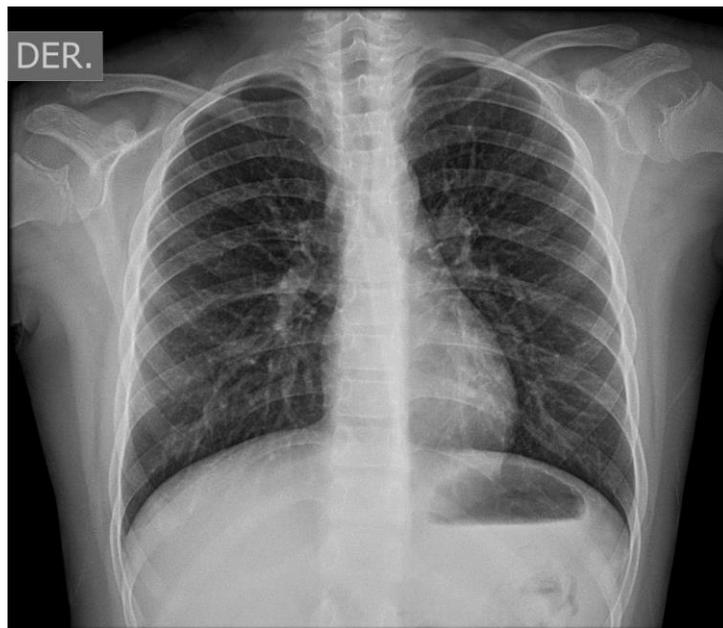


Figura 12. Caso clínico nº. 1: Asma

<p>CARDIOLOGIA PEDIATRICA</p> <p>DX ENFERMEDAD DE KAWASAKI ANTECEDENTE: INFECCION COVID 19</p> <p>FEBRIL MAS DE 3 SEM ACTUALMENTE TOLERA VIA ORAL</p> <p>EX CV RCR BI NO SOPLOS PP + NO VMG ACTIVA</p> <p>HB 8.6 PCR 185 (ELEVADA) ALBUMINA 3.5 PLT 1000 058 (ELEVADA) CREAT NORMAL</p> <p>ECOCARDIOGRAMA FEVI 70% CAFVD 50% ACI 4.7 MM (Z SCORE +7.8) DA 3.4 MM OSTIAL (Z SCORE +8.8) --> 2.6 MM (Z SCORE +5) ACD 4.4 MM (Z SCORE +9.9) CONCLUSION: SITUS SOLITUS LEVOCARDIA CAVIDADES CARDIACAS NO DILATADAS FUNCION SISTOLICA BIVENTRICULAR CONSERVADA ARTERIAS CORONARIAS CON ANEURISMAS GRANDES EN ACI, DA Y ACD CONTRACTILIDAD GLOBAL Y SEGMENTARIA CONSERVADA NO DERRAME PERICARDICO, NO PCA, NO COARTACION</p> <p>HEMODINAMICO ESTABLE.</p>		
<p>Diagnostico (07034596-29/02/2024 14:59-10.56.1.189)</p>		
Código	Descripción	Nombre Tipo Diagnóstico
R50.9	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	DEFINITIVO
M30.3	SINDROME MUCOCUTANEO LINFONODULAR [KAWASAKI]	DEFINITIVO

Figura 13. Caso clínico nº. 2: Enfermedad de Kawasaki