

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DURANTE EL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR
TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA**

**PRESENTADO POR
ETHEL LUCILA LA ROSA SÁNCHEZ CAJALEÓN**

ASESOR

YOVANNA ELIZABETH MAYOR HERNANDEZ

LIMA - PERÚ

2024



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

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA
HUMANA**

**EXPERIENCIA DURANTE EL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICA CIRUJANA**

**PRESENTADO POR
ETHEL LUCILA LA ROSA SÁNCHEZ CAJALEÓN**

**ASESOR
MC YOVANNA ELIZABETH MAYOR HERNANDEZ**

**LIMA-PERÚ
2024**

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

A Dios por siempre acompañarme durante el camino;
a mis padres por estar para mí cuando más los necesitaba; a mi abuela por ayudarme cuando lo ameritaba; a mi hermana por su apoyo sobretodo en este año de internado y a mi abuelo que guía mis pasos desde el cielo.

ÍNDICE

JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
ÍNDICE	iv
Índice de tablas	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1. Rotación en Cirugía General	1
1.2. Rotación en Ginecología y Obstetricia	3
1.3. Rotación en Medicina Interna	5
1.4. Rotación en Pediatría	7
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	10
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	12
3.1. Rotación en Cirugía General	12
3.2. Rotación en Ginecología y Obstetricia	18
3.3. Rotación en Medicina Interna	23
3.4. Rotación en Pediatría	27
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	32
CONCLUSIONES	36
RECOMENDACIONES	37
FUENTES DE INFORMACIÓN	38
ANEXOS	1

Índice de tablas

Tabla 1. Criterios revisados de Bethesda	12
Tabla 2. Clasificación ecográfica	16

RESUMEN

El programa de internado médico en el Hospital Nacional Hipólito Unanue permitió a los internos afianzar conocimientos en la práctica clínica complementado con la discusión de casos clínicos una vez por semana en formato virtual. Es por ello, que la finalidad del presente informe fue informar la importancia del internado en la formación profesional y personal del estudiante mediante el análisis de 8 casos clínicos de las rotaciones de Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía General y Pediatría. Se consideró una metodología de tipo descriptiva, reporte de casos clínicos. Los 8 casos clínicos presentan un marco teórico de las patologías abordadas, indicando la epidemiología, clínica característica, métodos diagnósticos y su tratamiento. En conclusión, se considera al internado médico como el paso fundamental para ser profesional y es requisito para graduarse como tal. Por tanto, es relevante que abarque vivencias en establecimientos de diferentes niveles de atención para conocer la realidad y que la atención que brinden en un futuro como profesionales sea integral.

Palabras clave: Internado médico; Cirugía general; Medicina interna; Pediatría; Ginecología; Niveles de atención de salud (DeCS).

ABSTRACT

The medical internship program at the Hipólito Unanue National Hospital allowed interns to consolidate knowledge in clinical practice complemented by the discussion of clinical cases once a week in virtual format. For this reason, the purpose of this report was to inform the importance of the internship in the professional and personal training of the student through the analysis of 8 clinical cases from the rotations of Gynecology and Obstetrics, Internal Medicine, General Surgery and Pediatrics. A descriptive methodology was considered, reporting clinical cases. The 8 clinical cases present a theoretical framework of the pathologies addressed, indicating the epidemiology, characteristic clinical features, diagnostic methods and their treatment. In conclusion, the medical internship is considered the fundamental step to become a professional and is a requirement to graduate as such. Therefore, it is relevant that it covers experiences in establishments of different levels of care to understand the reality and that the care they provide in the future as professionals is comprehensive.

Keywords: Medical internship; General surgery; Internal medicine; Pediatrics; Gynecology; Health care levels (MeSH)

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DURANTE EL INTERNADO
MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HI
PÓLITO UNANUE 2023-2024**

AUTOR

**ETHEL LUCILA LA ROSA SÁNCHEZ CAJ
ALEÓN**

RECUENTO DE PALABRAS

14200 Words

RECUENTO DE CARACTERES

82626 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

59 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

433.6KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 2, 2024 11:09 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 2, 2024 11:10 AM GMT-5**● 10% de similitud general**

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

- 10% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% 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 formación en prácticas de internado ofrece una importante oportunidad para el desarrollo personal y la planificación de la carrera. Sin embargo, a la actualidad, existen factores que afectan a la eficiencia de la formación, y rara vez se tienen en cuenta las opiniones de los internos (1). En tal sentido, la formación en prácticas, a pesar de su carácter transitorio, ofrece una importante oportunidad para el desarrollo personal y la planificación de la carrera (2). El internado médico ha experimentado muchas innovaciones desde sus inicios a mediados del siglo pasado (3).

Por tal motivo, las facultades de medicina supervisan los programas de pasantías y tienen la libertad de modificar las rotaciones optativas. Durante este período, se supone que el interno debe dominar sus habilidades y consolidar sus conocimientos médicos, así como brindar servicio al paciente bajo supervisión.

De acuerdo con muchos autores, la satisfacción, eficiencia y desarrollo del interno depende de diferentes factores, entre ellos: La calidad de los supervisores, la supervisión efectiva, la oportunidad adecuada para el aprendizaje experiencial, el ambiente propicio, el buen sistema de apoyo (administración del hospital, personal del hospital, oportunidades académicas), los atributos personales y la carga de trabajo (4). Por otro lado, el maltrato y abuso de los internos, que es muy común en todo el mundo podría tener un impacto negativo en la satisfacción de los pasantes y en el resultado de las pasantías en general (5).

Los médicos internos suelen trabajar el mayor número de horas a la semana entre todos los aprendices que trabajan en hospitales, motivo por el cual, los horarios de los pasantes de medicina consisten en horas de trabajo regulares y guardias. Las guardias entre los médicos internos se caracterizan por la falta de sueño y el estrés mental, que nunca antes habían experimentado antes de la pasantía (6).

Asimismo, la etapa de internado médico es un componente fundamental en la formación de cualquier médico. Se trata de un período de entrenamiento práctico supervisado que sigue a la finalización de la carrera de medicina.

Durante este tiempo, los médicos recién graduados adquieren experiencia clínica directa en diversos campos de la medicina, lo que les permite aplicar y mejorar sus habilidades diagnósticas, de tratamiento y de gestión de pacientes (7).

En el proceso de internado se desarrollan algunos criterios fundamentales que enriquecen este proceso tanto en el nivel profesional y personal. Uno de ellos es la aplicación de conocimientos teóricos, puesto que, el internado médico proporciona a los estudiantes la oportunidad de aplicar sus conocimientos teóricos en un entorno clínico real. Otro de los criterios se basa en el desarrollo de habilidades clínicas, las cuales son fundamentales para proporcionar una atención médica efectiva y de calidad. Asimismo, la exposición a diversas especialidades les permite explorar sus intereses y aptitudes, y puede ayudarles a tomar decisiones informadas sobre su futura especialización. Finalmente, la preparación para la práctica independiente, la cual, a través de la experiencia clínica directa y la responsabilidad progresiva, los internos desarrollan la confianza y la competencia necesarias para asumir roles más autónomos como médicos en ejercicio.

El presente trabajo se desarrolla en base al análisis de 8 documentos clínicos referentes a cada una de las especialidades siendo: cirugía general, medicina interna, ginecología – obstetricia y pediatría. En líneas generales, se han tomado en cuenta aquellos casos presentados con mayor frecuencia en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

A continuación, se expondrán los casos clínicos más relevantes analizados en las 4 especialidades en donde se realizan las rotaciones correspondientes:

1.1. Rotación en Cirugía General

1.1.1. Caso n.º 1: Nódulo metastásico de colon transverso

Paciente de sexo femenino proveniente de Lima y de 38 años acude a emergencia con dolor abdominal difuso 6/10 y refiere estreñimiento. La paciente indica un tiempo de enfermedad de aproximadamente 3 meses, con un episodio actual de 2 días y de inicio insidioso. La principal sintomatología referida fue dolor abdominal y presencia de deposiciones líquidas. Al momento acude a emergencias por molestias y se hospitaliza para tratamiento quirúrgico el día 31/12/2023. La paciente además refiere colonoscopia del 06/12/23 y una tomografía 17/12/23 que reportan masa en colon transverso.

Funciones biológicas: Paciente niega antecedentes patológicos (enfermedades de infancia, hereditarias y clínicos). Asimismo, niega enfermedades infectocontagiosas y algún tipo de alergia.

De acuerdo con los antecedentes quirúrgicos, refiere colecistectomía laparoscopia en setiembre periodo 2023 y una hernioplastia.

Examen físico: Funciones vitales estables, temperatura de 37° al momento de la palpación; Piel y faneras: T/H/E, no palidez, llenado capilar <2", no edemas; Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP; Cardiovascular: RCR de BI, No soplos; Abdomen: Globuloso, B/D, no dolor a la palpación, RHA (+); Aparato urinario: PPL (-), PRU (-); Neurológico: LOTEPE 15/15.

La impresión diagnóstica establecida fue: nódulo metastásico de colon transverso

Se indicaron diferentes tipos de pruebas adicionales, entre ellas: hemograma completo, indicadores bioquímicos, urea en sangre, glucosa, perfil hepático y todos los estudios prequirúrgicos. No se solicitaron exámenes imagenológicos adicionales.

Los resultados más relevantes fueron el recuento del nivel de hemoglobina (10.7 g/dL) y de hematocrito (34.4%).

Según el informe quirúrgico el diagnóstico preoperatorio fue de nódulo metastásico de colon transverso medio, llevándose a cabo una laparotomía exploratoria y una hemicolectomía radical derecha; finalmente el diagnóstico post operatorio fue de nódulo metastásico de colon transverso proximal localmente avanzado.

1.1.2. Caso n.º 2: Quiste hidatídico hepático

Paciente del sexo masculino de 25 años proveniente de Lima, refiere tiempo de enfermedad de 2 años, teniendo como episodio actual 7 días de inicio insidioso y de curso progresivo. La principal sintomatología son dolor, vómitos y náuseas. Acude a emergencia por dolor de intensidad 6/10 en hipocondrio derecho, se encuentra icterico +/-+++ con vómitos luego de la ingesta de alimentos. Asimismo, refiere que desde hace 2 años presentó dolor en hipocondrio derecho de tipo cólico esporádicamente.

Funciones biológicas: Paciente con inmunizaciones completas, niega antecedentes patológicos (enfermedades de infancia, hereditarias y clínicos). Niega antecedentes familiares, niega transfusiones y cualquier tipo de alergia.

Examen físico: Funciones vitales estables, AREG, AREN, AREH, Piel y faneras: T/E/H, llenado capilar < 2", no edemas; ABDOMEN: RHA (+), B/D, doloroso a la palpación profunda en HCD y epigastrio, se palpa hígado a 5 centímetros por debajo de reborde costal derecho; TÓRAX Y PULMONES: MV pasa ACP, no soplos; CARDIOVASCULAR: RCR de BI, soplos audibles (-); APARATO URINARIO: PPL (-), PRU (-); NEUROLOGICO: LOTE 15/15.

Los diagnósticos establecidos fueron: quiste hidatídico hepático y colangitis aguda leve.

Los resultados más relevantes de pruebas de laboratorio indicaron: Hb: 13 g/dL; PQ: 190; INR: 1.18; BT: 7.57.

En la ecografía de abdomen se encontraron los siguientes hallazgos:

En el hígado: lóbulo hepático derecho de 181mm, ocupado por imágenes quísticas tabicadas en los segmentos V, VIII.

En la vesícula biliar: 70x34 mm; paredes delgadas sin presencia de imagen litiásica en su interior.

En el páncreas: cabeza 24 mm, cuerpo 12mm, con estructura parenquimal conservada.

En el bazo: 129 x 50 mm, aumento de tamaño, morfología y ecogenicidad conservada.

Se solicitaron los exámenes prequirúrgicos para ingresar a sala de operaciones. Según el informe quirúrgico, el diagnóstico preoperatorio fue quiste hidatídico hepático, llevándose a cabo las siguientes operaciones: quistectomía, cierre de fistula hepatobiliar, colecistectomía y exploración de vías biliares. Finalmente, el diagnóstico post operatorio fue quiste hidatídico hepático gigante.

1.2. Rotación en Ginecología y Obstetricia

1.2.1. Caso n.º 1: Tumor complejo de ovario izquierdo

Paciente de sexo femenino de 56 años presenta un tiempo de enfermedad de 5 meses bajo un inicio insidioso y de curso progresivo. Refiere provenir de consultorio externo por dolor en fosa iliaca izquierda tipo cólico motivo por el cual se le realizan diversos exámenes para posteriormente indicarle que presenta un tumor anexial y requiere intervención.

ANTECEDENTES: Menarquia: 12; Régimen Catamenial: 7/I; FUR: hace 8 años; G: 1 P: 1001; IRS: a 19 años. Paciente niega usar adecuadamente métodos anticonceptivos. Paciente presenta antecedente quirúrgico Fractura de tobillo izquierdo (placa en pierna). Mujer niega reacción alérgica medicamentosa y antecedentes personales. Paciente afirma tener antecedentes familiares teniendo al padre diagnosticado con hipertensión arterial y madre con cáncer de estómago.

Funciones vitales: PA: 100/60; FC: 84; FR: 16 x'; T°: 34; Sat. O2: 98.

Examen físico: En el tacto vaginal se palpa tumoración abdominopélvica de 15 cm; PIEL Y FANERAS: T/E/H LLEN. CAP <2"; RESPIRATORIO: MV pasa adecuadamente en ACP, no ruidos; CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos ritmicos de buena intensidad, no soplos; ABDOMEN: B/D, RHA (+), tumoración de 15 x 15 cm a nivel de hemiabdomen inferior de consistencia renitente, móvil; MAMAS: Blandas, simétricas, no dolorosas a la palpación; ESPECULOSCOPIA: Cervix fibromuscular, OCE entreabierto, OCI cerrado; LOCOMOTOR: Movilización de 4 extremidades; NEUROLÓGICO: LOTEP/ Escala Glasgow: 15/15.

Exámenes auxiliares laboratorio: Hb: 13.8; HT: 42.3%; Glucosa: 86.26; Urea: 30.35; creatinina: 0.61.

Paciente completa prequirúrgicos para ingresar a sala de operaciones. Según reporte quirúrgico se establece como diagnóstico pre operatorio tumor complejo de ovario derecho a descartar cancer de ovario, se realiza una laparotomia exploratoria con anexectomia izquierda mas histerectomia total con anexectomia derecha y múltiples biopsias peritoneales. Finalmente, el diagnóstico post operatorio fue carcinoma seroso papilar de ovario izquierdo (Tumor de ovario).

1.2.2. Caso n.º 2: Oligohidramnios severo

Paciente de sexo femenino de 23 años proveniente de Lima, ingresa a emergencia por presentar un dolor pélvico, percibe movimientos fetales. Paciente niega sangrado vaginal, niega perdida de liquido amniótico, niega antecedentes, hospitalizaciones previas, medicación habitual y cualquier tipo de alergia. Paciente trae ecografía particular donde se evidencia oligohidramnios.

ANTECEDENTES: M: 13; RC: 5 30 cantidad ++, IRS 16 años; número de parejas sexuales: FUR: 01/05/2023; FPP: 08/02/2024; G1 P 0000

Funciones biológicas: PA: 102/70 mmHg; FC: 92 x'; FR: 18 x'; T°: 37°; SAT O2: 98%.

Examen físico: Útero grávido ocupado por feto único (LCF: 179 x'); DU (-), SPP: LCI, AU: 34 cm; PIEL Y MUCOSAS: T/E/H; CARDIOVASCULAR: no soplos; PULMONES: MV pasa bien, ruidos (-); MAMAS: Blandas; TACTO VAGINAL: cérvix posterior, blando, dehiscente 1 dígito, incorporado 40%, AP: -3,

Los diagnósticos fueron: Primigesta de 38 semanas, no trabajo de parto, taquicardia fetal y descartar oligohidramnios severo.

Se solicita una ecografía obstétrica, hemograma, perfil de coagulación y serológicos (VIH, RPR, Hepatitis B), además se la hospitaliza para reevaluar con resultados; en ecografía se evidencia oligohidramnios severo.

Al día siguiente de su ingreso se le reevalúa por la tarde y se encuentra dinámica uterina donde se establece como plan monitoreo fetal y horas más tarde dinámica uterina se mantiene cada 3 minutos con latidos cardiacos en rango normal pero con variabilidad disminuida; por lo que, se programa a sala de operaciones para cesárea de emergencias por trabajo de parto disfuncional.

Durante la cesárea se encuentran los siguientes hallazgos operatorios: Recién nacido femenino: APGAR: 9/9, quiste paratubárico derecho de 4x3 cm; por lo que, se realiza además una quistectomía derecha.

1.3. Rotación en Medicina Interna

1.3.1. Caso n.º 1: Tumoración de miembro inferior derecho

Paciente del sexo femenino de 55 años ingresa a emergencias con un tiempo de enfermedad actual de 2 meses refiere lesión en miembro inferior derecho región anterior sangrante, niega dolor, niega náuseas y niega dolor en zona sangrante. En el examen físico, la pantorrilla posterior derecha parecía eritematosa y caliente con disminución del rango de movimiento. La principal sintomatología fue el aumento de volumen en miembro inferior derecho.

Funciones biológicas: Nivel conservado de sed, deposición, sueño y disminución de apetito. Niega antecedentes de comorbilidad, hospitalizaciones previas, medicación habitual, alergia. Paciente presenta

antecedentes familiares (madre con dislipidemia, depresión). Paciente niega antecedentes patológicos. Se hospitaliza a paciente.

Durante la hospitalización paciente manifiesta que es a los 5 años de edad que sufre embestida de carnero en miembro inferior derecho ante lo cual sufre heridas las cuales resolvían y volvían a recurrir limitando su deambulacion parcialmente y defirmando la extremidad; y es hace 2 meses que brota úlcera sangrante con secreción mal oliente.

Examen físico: PA: 110/80 mmHg; FC: 83 X'; FR: 20 X'; T°: 36,7°; AREG, AREN, AREH, ventilado espontáneamente; PIEL Y FANERAS: T/H/E, normotérmica, no palidez, llenado capilar <2", lesión sangrante en tibia inferior; TORAX Y PULMONES: MV pasa en AHT, ruidos agregados (-); SOMA: MMII derecho con aumento de volumen hasta el pie, áreas costrosas negruzcas y otras eritematosas, presencia de tumor de 10x5x3 cm ulcerado eritematoso protruido, sangrante a la palpación a nivel del 1/3 distal del MMII derecho con secreción de mal olor, CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos de regular intensidad, CUELLO: Sin adenopatías, GENITOURINARIO: PRU (-), PPL (-), SNC: Despierto, LOTEP 15/15, ABDOMEN: Blando, depresible, RHA (+), B/D, no signos peritoneales.

Se decide realizar biopsia de piel donde se evidencia como diagnóstico microscópico neoplasia sarcomatosa de grado intermedio de malignidad pero que necesita ampliación con estudios de inmunohistoquímica para conclusión diagnóstica y se propone realizar seguimiento por consultorios externos.

Impresión diagnostica: Tumoración de miembro inferior derecho.

1.3.2. Caso 2: Meningoencefalitis por tuberculosis

Paciente de sexo femenino de 21 años, acude a emergencias con tiempo de enfermedad de aproximadamente 2 semanas con inicio insidioso y de curso progresivo refiriendo leve cefalea, náuseas, no tos, no disnea, con picos febriles.

Antecedentes: Paciente niega enfermedades de infancia y hereditarias; según los antecedentes clínicos, fue diagnosticada hace un periodo de 2 años con migraña. Presenta un antecedente quirúrgico (fibroadenoma de mama

derecho en 2021). Presenta antecedentes familiares (hermano con TBC 3 años atrás). Consumo de alcohol 1 vez al mes, niega tabaco.

Funciones vitales: FC: 62 x'; FR: 18 x'; PA: 102/78; T°: 37°; SAT: 97%;

Examen físico: AREN, AREH, AREG; talla: 1.51 cm, peso: 49 kg; PIEL: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2"; PULMONES Y TORAX: MV pasa bien en ACP; ABDOMEN: Blando, depresible, no doloroso a la palpación; NEUROLOGICO: LOTEPE 15/15.

El día de ingreso a hospitalización fue diagnosticada con síndrome febril, anemia moderada, migraña y trastorno de ansiedad generalizada. Durante la estancia hospitalaria paciente persistía con picos febriles y cefalea llegando a calificarse como fiebre de origen desconocido de acuerdo a tiempo de enfermedad cursada; además, se realizaron diversas pruebas tanto laboratoriales e imagen que salían negativas, es por ello que se decide consultar al servicio de neurología para evaluación quienes solicitan una tomografía donde se evidencia hidrocefalea y leve dilatación de astas anteriores del cuarto ventrículo por lo que deciden realizar punción lumbar donde resultados evidencian meningitis tuberculosa; por ende, se inicia tratamiento específico.

Impresión diagnóstica: Meningoencefalitis por tuberculosis

1.4. Rotación en Pediatría

1.4.1. Caso n.º 1: Absceso perianal

Paciente varón de 4 años ingresa al servicio de emergencias con un tiempo de enfermedad de 9 días caracterizado por sensación de bulto e inflamación en zona perianal. Al segundo día se añade fiebre de 38.5° y persistencia de inflamación y aumento de volumen en región perianal que le imposibilita estar sentado presentando alto grado de dolor. Por tal motivo, luego de finalizar el tratamiento dado en emergencias notan que sigue progresando la lesión e inicia cuadro febril, lo cual indicó hospitalización.

Antecedentes

- Patológicos: Convulsión (hace 2 años), broncoespasmos (hace 2 años), absceso perianal (hace 1 año).
- Familiares: Padre con tuberculosis, abuelo con hipertensión arterial y diabetes *mellitus*.

Funciones vitales: nivel conservado de apetito, sed y sueño. FC: 86 X', FR: 22 X', SAT: 98%, T°: 37.8°

Examen físico: AREG, AREN, AREH; PIEL: T/H/E, llenado capilar <2", no cianosis, no palidez. En región perianal lado interno izquierdo se observa masa con aumento de volumen dolorosa de 1.5 cm por 2 cm; CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, soplos audibles (-); TyP: MV pasa bien en ambos hemitórax, ruidos agregados (-); ABDOMEN: RHA (+), B/D, no doloroso a la palpación superficial ni profunda; PERINE: Se evidencia en región perineal colección de aproximadamente 1 x 1 cm, sin signos de flogosis; NEUROLOGICO: Despierto, activo, reactivo, GLASGOW: 15/15.

Los hallazgos más relevantes según el Test de Graham en el cual se evidencian huevos de enterobius vermicularis, y de parasitológico seriado en donde en la segunda muestra se observan quistes de blastocystis hominis 4-6 x c.

Por otro lado, según la ecografía de tejidos blandos se halló lo siguiente: En región perianal paramedial izquierda se observa incremento de ecogenicidad y grosor del TCSC asociado a colección de 25 x 10 mm de pared gruesa; por ende, se diagnostica como absceso perianal y se consulta a servicio de cirugía pediátrica quienes sugieren continuar tratamiento antibiótico y al alta derivar a consultorio externo de su servicio para tratamiento quirúrgico.

Impresión diagnóstica: Absceso perianal.

1.4.2. Caso n.º 2: Intoxicación por carbamato

Paciente de sexo femenino con 7 años acude a emergencias donde madre refiere que 30 minutos antes del ingreso, la menor era cuidada por su abuela y de forma accidental ingirió "chica verano"(carbamato), que seguidamente le produce vómitos en 3 oportunidades, no tolera ingesta de agua, presencia de náuseas y vómitos. Pasa a observación donde se realiza lavado gástrico,

posteriormente se hospitaliza para monitorear efectos secundarios de ingesta de sustancias.

ANTECEDENTES: Apoderado de paciente niega hospitalizaciones previas, niega intervenciones quirúrgicas, niega RAMS, niega cuadros alérgicos, niega medicación habitual, niega enfermedades infectocontagiosas (TBC y COVID – 19). Padres aparentemente sanos sin ningún diagnóstico.

Funciones biológicas: Apetito disminuido, sed disminuida, sueño tranquilo, deposición 1 vez al día y orina 3 a 4 veces al día sin alteración.

Examen físico de emergencia: FC: 97 X', FR: 20 X', TEMPERATURA: 36°, SAT: 96%, AREN, AREH, AREG., PIEL Y MUCOSAS: Llenado capilar <2", semisecas, no edemas; CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad; PULMONAR: MV pasa bien ACP; ABDOMEN: Blando depresible, RHA (+), dolor leve a la palpación; APARATO URINARIO: PPL (-), PRU (-); NEUROLOGICO: Despierta, activa, Glasgow 15/15. Hemograma: Leucocitos (10,340), hemoglobina (10,9 g/dL),

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Leucocitos (10,340), hemoglobina (10,9 g/dL),
- PCR: 0,1 mg/dl
- Urea: 20,44 mg/dl
- Creatinina: 0,31 mg/dl
- Glucosa: 100,6 mg/dl
- Na+: 142 mmol/L

Impresión diagnóstica: intoxicación por carbamatos.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU) es considerado como un órgano desconcentrado del MINSA, único de nivel III – 1 en lo que respecta al grupo de distritos que conforman la Dirección de Red Integrada de Salud Lima Este, correctamente acreditado y responsable de brindar atención personalizada, así como planes de prevención, monitoreo, formación, capacitación y fortalecimiento de capacidades al personal de salud (8).

Su historia y trascendencia en el contexto nacional casi por los años 40 está vinculada estrechamente con los esfuerzos por ofrecer una óptima atención y una política de cuidados a los pacientes diagnosticados con tuberculosis creando así la División de Lucha Antituberculosa del Ministerio de Salud y siendo el sanatorio n° 1 construido en la capital (9).

Se encuentra ubicado en el distrito de El Agustino y es considerado como un hospital de referencia nacional, que comprende a los distritos de: Ate, Chaclacayo, Cieneguilla, El Agustino, La Molina, Lurigancho y Santa Anita. Atiende permanente y continuamente a los pacientes que son referidos por otros hospitales, centros de salud y postas de la propia jurisdicción, los mismos que son diagnosticados con enfermedades o problemas de nivel alto de complejidad y son derivados a las especialidades correspondientes. Con respecto a la infraestructura y los diversos recursos, cuenta con 104 consultorios y 121 oficinas funcionales diseñadas para atender a una población que asciende a los 2 millones proveniente de los distritos antes mencionados. A la actualidad está dividido por 16 departamentos divididos en 66 subespecialidades, siendo las áreas principales: consultorio externo, hospitalización, emergencia, centro obstétrico, cuidados intensivos, cirugía general, entre otros (10).

Este establecimiento sanitario enfoca su misión en estrategias preventivas en salud, diseño de políticas de recuperación, monitoreo de rehabilitación de las personas atendidas y priorizar la calidad de atención en todo el proceso evolutivo del paciente. Es líder y referente nacional que busca brindar atención

integral – humanista con profesionales calificados y recursos tecnológicos e innovadores enfocados en brindar un adecuado servicio (11).

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1. Rotación en Cirugía General

Diagnóstico n.º 1: Nódulo metastásico de colon transverso

La presencia de un nódulo metastásico (NM) en el colon transverso es una condición clínica que indica que el cáncer se ha diseminado desde su lugar de origen a esta parte específica del intestino grueso. A pesar de los avances en los procedimientos de detección y el uso de terapia adyuvante, aproximadamente el 50 % de los pacientes con cáncer colorrectal eventualmente desarrollarán enfermedad metastásica.

En la historia clínica revisada, el diagnóstico se realizó mediante estudios de imagen, como tomografía computarizada (TC) abdominal o resonancia magnética (RM), los cuales ayudan a identificar la presencia de lesiones en el colon transverso y a determinar si son nódulos metastásicos. La operación efectuada fue laparotomía exploratoria + hemicolectomía radical derecha ampliada a transverso D3 + ileotransverso anastomosis.

En la presente era, se emplean criterios más flexibles para identificar esta condición (los Criterios de Bethesda), los cuales se encuentran detallados en la tabla 1. Después de haber formulado la sospecha, es fundamental distinguir el tumor del caso principal mediante la evaluación de la inestabilidad de microsatélites y la inmunohistoquímica, con el propósito de detectar la ausencia de ciertas proteínas asociadas con los genes reparadores (12).

Tabla 1. Criterios revisados de *Bethesda*

Cáncer colorrectal	Diagnostico antes de los 50 años de edad.
Tumores colorrectales sincrónicos o metacrónicos u otros relacionados.	Esto incluye estómago, vejiga, uréter, pelvis renal, tracto biliar, cerebro (glioblastoma) y carcinoma de intestino delgado, sin considerar la edad
Cáncer colorrectal con una elevada inestabilidad microsatelital	Diagnostico antes de los 60 años.
Cáncer colorrectal	Con uno o más familiares de primera generación con cáncer colorrectal u otros tumores relacionados

Cáncer colorectal.	con dos o más familiares con cáncer colorectal u otros tumores relacionados con HNPCC, sin considerar la edad
--------------------	---

La principal causa de la presencia de nódulos metastásicos en el colon transversal es la diseminación de cánceres primarios desde otras áreas del cuerpo. Los cánceres que con mayor frecuencia se propagan al colon transversal incluyen el cáncer colorrectal, el cáncer de ovario, el cáncer de estómago y algunos tipos de cáncer de pulmón.

Síntomatología

Pueden variar según el tamaño y la ubicación del nódulo metastásico, así como la presencia de otras condiciones relacionadas. Algunos pacientes pueden experimentar síntomas abdominales vagos, como dolor abdominal, distensión, cambios en los hábitos intestinales o sangrado gastrointestinal. Se explicarán a detalle las más frecuentes:

- Cambio en el ritmo intestinal: En ocasiones, los individuos con cáncer de colon pueden experimentar episodios de diarrea o estreñimiento. Esta última situación es más común en aquellos que solían tener un funcionamiento intestinal regular antes de desarrollar la enfermedad. Sin embargo, es más frecuente que los pacientes experimenten alternancias entre períodos de estreñimiento y episodios de diarrea (13).
- Presencia de sangre en las heces: Es una de las sintomatologías más frecuentes, la cual puede ser vista de color rojo o negro. Esto se origina cuando el paciente presenta tumoraciones en la zona más distal del colon y recto.
- Presencia de dolor abdominal: Esto se origina a raíz de la presencia de una masa tumoral que obstruye una parte del tubo intestinal produciendo cuadros de dolor y cólicos en la zona.
- Pérdida de peso, apetito y cansancio: Se evidencia falta de ánimos y de apetito, lo cual desencadena pérdida de peso.

Tratamiento

El tratamiento para un nódulo metastásico en el colon transversal dependerá del tipo de cáncer primario, el tamaño y la extensión de la metástasis, así

como la salud general del paciente. Las opciones de tratamiento pueden incluir cirugía para extirpar el nódulo metastásico, terapia sistémica (como quimioterapia, terapia dirigida o inmunoterapia) y radioterapia, entre otras modalidades. El objetivo principal del tratamiento es controlar la enfermedad y mejorar la calidad de vida del paciente (14).

Asimismo, durante décadas, el 5-fluorouracilo fue el único fármaco disponible para el cáncer colorrectal; de ahí que se realizaran numerosos ensayos que utilizaron diversas pautas de administración y agentes moduladores para mejorar la eficacia terapéutica. La adición de leucovorina al 5-FU mejora la respuesta, pero no la supervivencia. Recientemente, la irinotecán se ha incorporado al tratamiento de primera línea del cáncer colorrectal metastásico en combinación con 5-FU y leucovorina; Esta combinación mejora la supervivencia en aproximadamente 3 meses (15).

Diagnóstico n.º 2: Quiste Hidatídico Hepático

Para este diagnóstico la operación efectuada fue quistectomía + cierre de fistula hepatobiliar + DPR (1) + colecistectomía + exploración de vías biliares teniendo como pieza de operación la membrana de quiste hidatídico.

Los hallazgos operatorios: a la apertura de la cavidad se evidencia: 1) epiplón adherido a vesícula biliar; 2) quiste hidatídico hepático +- 30 cm x 38 cm de localización en segmento V, VII y VIII. Conteniendo en su interior: membranas blanquecinas, vesículas múltiples de +- 10 cm de decímetro. Y de 1 cm la más pequeña, liquido bilioso que sale por fistula hepatobiliar de 1cm de diámetro. 3) vía biliar dilatada; 4) vesícula biliar con paredes edematosas engrosadas.

Plan de trabajo: Antibióticoterapia (DB + LAV, ciprofloxacino, metronidazol, omeprazol).

La enfermedad hidática es una enfermedad grave y potencialmente letal causada por larvas de *Echinococcus granulosus* (EC). La infección por ese tipo de bacterias debe ser vista como un reto tanto desde el punto de vista médico como económico (16).

Con la infección por E. granulosus, los quistes ocurren con mayor frecuencia en el hígado (70%) o los pulmones (20%). Sin embargo, el 10% de los quistes se pueden encontrar en cualquier parte del cuerpo, incluido el bazo (6%), el

corazón (2%), el riñón (2%) y el cerebro (< 2%). Las infecciones por *E. granulosus* generalmente se presentan como quistes solitarios y tienen afectación de un solo órgano. En el 10-15% de los pacientes, puede haber afectación de dos órganos, dependiendo de la región geográfica específica y de la cepa del parásito (17).

Epidemiología

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), *E. granulosus* es endémica en áreas de América del Sur, Europa del Este, Rusia, Medio Oriente y China, donde las tasas de incidencia humana son tan altas como 50 por cada 100.000 personas-año. En ciertas áreas, como los mataderos en América del Sur, la prevalencia varía desde el 20% hasta el 95% (18).

Síntomatología

La EC puede pasar desapercibida durante muchos años debido al lento crecimiento y desarrollo de los quistes y a la respuesta del sistema inmunitario del huésped (19) (20). Dependiendo del tamaño y la ubicación, los quistes pueden eventualmente ejercer presión sobre las estructuras cercanas, produciendo molestias abdominales y dolor (21). Por ejemplo, los quistes en el hígado pueden comprimir los conductos biliares, causando obstrucción que puede manifestarse como ictericia obstructiva, dolor abdominal, anorexia y prurito (22). Cuando están en los pulmones, los quistes pueden irritar las membranas y provocar tos crónica, disnea, dolor torácico pleurítico y hemoptisis (23).

Por lo tanto, los síntomas infecciosos pueden manifestarse como sepsis, ya sea debido a la infección primaria o a una infección secundaria por fuga en el árbol biliar. En un estudio, se encontró sobreinfección bacteriana en el 7,3% (37/503) de los pacientes diagnosticados de EC (24). Cuatro de estos pacientes desarrollaron sepsis grave y dos pacientes murieron. Las bacterias más comúnmente observadas en las infecciones por quistes hepáticos incluyeron *Escherichia coli*, *Enterococcus* y *Streptococcus viridans* (24).

Diagnostico Imagenológico

Los hallazgos en las imágenes varían según el estadio del quiste. Dado que existen varios esquemas de clasificación para estadificar la EC, la OMS

desarrolló un sistema de clasificación estandarizado. 19 Este sistema, desarrollado originalmente por Gharbi y sus colegas en 1981, fue revisado por la clasificación de *Equinococos* (IWGE, por sus siglas en inglés) del Grupo de Trabajo Informal de la OMS y actualmente es el método de cribado preferido (BRUNETTI). En la tabla 2 se enumeran las características de clasificación para el desarrollo de EC (25). Este sistema de clasificación permite un enfoque estandarizado del tratamiento basado en el estadio diagnosticado.

Tabla 2. Clasificación ecográfica

Gharbi	OMS – IWGE	CLASIFICACIÓN DE ENTIDADES	ETAPA
I	CE1	Acumulación de líquido univesicular/quiste simple	ACTIVO
III	CE2	Recolección de líquido multivesicular con múltiples quistes o tabiques hijos (panal)	ACTIVO
II	CE3 A	Recogida de fluidos con membrana desprendida (signo de nenúfar)	TRANSICIONAL
III	CE3 B	Quistes hijos en matriz sólida	TRANSICIONAL
IV	CE4	Quistes con matriz heterogénea, sin quistes hijos	INACTIVO/ DEGENEARATIVO
V	CE5	Pared quística sólida	INACTIVO/ DEGENEARATIVO

Diagnostico radiológico

La calcificación se puede ver en las radiografías hasta en el 30% de los casos de EC (26). Las calcificaciones suelen ser curvilíneas o en forma de anillo, y se depositan en el pericisto. La calcificación puede progresar a lo largo de todas las etapas de la EC. Sin embargo, se da a entender que una vez que un quiste está completamente calcificado, el patógeno está inactivo/muerto.

Diagnostico de ultrasonido

El ultrasonido se ha convertido en una modalidad ampliamente utilizada para la detección de EC. Las precisiones diagnósticas para la ecografía alcanzan cerca del 90%, dependiendo de la técnica y la experiencia del usuario (27).

Este es actualmente el método de detección preferido, debido en parte a la accesibilidad incluso en centros médicos pequeños y rurales, la contención de costos y la portabilidad del dispositivo. La ecografía no solo es útil para el diagnóstico, sino también para el seguimiento posterior al tratamiento.

Estadificación de los quistes

Según la OMS - IWGE establece tanto la estadificación de los quistes hidatídicos hepáticos en función del aspecto ecográfico, como la actitud terapéutica en función de esta estadificación (ANEXO 01).

Tratamiento

El abordaje para el manejo y tratamiento de la EC depende del grado de afectación de los órganos, el número de quistes, la presencia o ausencia de comunicaciones quístico-biliares y otros factores, como la infección bacteriana secundaria y la hemorragia. Por lo tanto, es crucial evaluar cada caso individual para determinar el mejor resultado posible (SYMEONI).

- Quimioterapia

De los agentes quimioterapéuticos disponibles actualmente para la EC, los dos mejor estudiados son los carbamatos de benzimidazol, el albendazol y el mebendazol. Su principal mecanismo de acción consiste en interferir con la absorción de glucosa del parásito, lo que resulta en el agotamiento del glucógeno dentro de los orgánulos intracelulares parásitos. Algunos estudios han evidenciado que, los efectos del albendazol son superiores al mebendazol (28) (29).

A partir de los informes de datos de medicamentos, parece que la principal diferencia entre los dos está en la descomposición de los metabolitos; El metabolito del albendazol es un potente profármaco que tiene excelentes propiedades antihelmínticas, mientras que el mebendazol se descompone en múltiples metabolitos poco activos (30).

- Método de observación y espera

Otra estrategia de tratamiento es un enfoque relativamente conservador para el manejo de la EC. En este enfoque, la hipótesis es que los tipos de quistes CE4 y CE5, no deben tratarse, sino vigilarse estrechamente. El hecho de que

algunos quistes estén muy calcificados y permanezcan como estructuras bastante inactivas se ha utilizado para justificar esta estrategia (31).

- Manejo quirúrgico

El tratamiento quirúrgico de los quistes equinocócicos, con mayor frecuencia con cistectomía parcial y total, se ha considerado durante mucho tiempo la cura definitiva para la EC. Hay muchos enfoques para la extirpación quirúrgica, pero todos deben lograr dos objetivos: la extirpación del quiste y la obliteración de la cavidad. Si se produce un derrame, se debe realizar un lavado inmediato del peritoneo con solución salina hipertónica y un agente escoliocida, seguido de una mayor duración de la terapia con mebendazol después del procedimiento, hasta seis meses en algunos casos (32).

- Inyección y reaspiración por aspiración percutánea (IRAP)

Este enfoque menos invasivo emplea ultrasonido o aspiración guiada por TC del líquido quístico. Desempeña un papel importante tanto para la confirmación del diagnóstico como para la intervención terapéutica. Sin embargo, la IRAP no es adecuado para todos los tipos de quistes. La determinación previa del número de compartimentos y la presencia de quistes hijos es crucial para el éxito del tratamiento con esta estrategia (33). Las indicaciones para la PAIR incluyen la clasificación CE1 y CE3a de la OMS-IWGE quistes (quistes de compartimento único) < 5 cm que no han respondido bien al tratamiento médico, y en combinación con el tratamiento médico para quistes > 5 cm (34).

3.2. Rotación en Ginecología y Obstetricia

Diagnóstico n.º 1: Tumor de Ovario

En esta historia clínica la paciente mostró funciones vitales estables durante la hospitalización. La operación efectuada fue LE + anexectomía + BC + histerectomía + omentectomía infracólica.

Los hallazgos operatorios fueron: 1) tumoración multilobulada de aspecto quístico de 18 x 12 cm dependiente de ovario izquierdo con capsula lisa; 2) útero y anexo derecho de aspecto conservado, 3) no ascitis.

Según el informe ecográfico el diagnóstico final fue tumoración compleja de ovario derecho con alto riesgo de malignidad mioma uterino tipo 3. Asimismo, según la Prueba de antígeno de cáncer 125 (Ca 125) arrojó un valor de 124.6, siendo un índice altamente significativo.

Los ovarios son objetivos frecuentes de metástasis para tumores malignos, al igual que el pulmón y el hígado. Aunque se cree que los tumores de ovario metastásicos representan entre el 10 y el 30% de los tumores de ovario malignos, es difícil conocer la incidencia precisa de metástasis ovárica (35).

Epidemiología

Los tumores de ovario representan el tercer tipo más común de tumores en mujeres (36). Alrededor de una de cada diez mujeres experimentará este tipo de tumor en algún momento de su vida, y la mayoría requerirá evaluación quirúrgica. Estos tumores pueden surgir desde edades tempranas hasta avanzadas, siendo especialmente frecuentes durante la etapa del climaterio, que abarca entre los 35 y los 65 años (37).

A pesar de que su incidencia ha aumentado en las últimas décadas, su desarrollo sin síntomas dificulta su diagnóstico temprano, resultando en que más del 60% de los casos sean diagnosticados en etapas avanzadas. Además, se observa con mayor frecuencia en países desarrollados en comparación con aquellos subdesarrollados (38). En Cuba, en el año 2008, se registraron 339 nuevos casos y 218 defunciones debido a estos tumores (39).

A pesar de los progresos en la terapia, la tasa de supervivencia general para las mujeres con este diagnóstico no ha experimentado cambios sustanciales en las últimas dos décadas. Esta enfermedad, conocida como "el asesino silencioso", es difícil de detectar ya que no presenta signos ni síntomas distintivos, y actualmente no existen métodos de diagnóstico para la detección temprana. La probabilidad de supervivencia y la eficacia del tratamiento dependen en gran medida de la detección precoz; las pacientes diagnosticadas en etapas I y II tienen una tasa de supervivencia a los cinco años superior al 70%, en contraste con el 12% en estadios avanzados (40).

Cuadro clínico

Entre los signos clínicos que pueden sugerir la presencia de tumores ováricos se incluyen: un aumento gradual del tamaño del abdomen, síntomas relacionados con la compresión de órganos cercanos, dolor abdominal, ruptura, hemorragia o cualquier tipo de infección. Aunque es poco común, también pueden presentarse signos indirectos de actividad endocrina o metabólica anormal, como inicio temprano de la pubertad, trastornos menstruales, ausencia de menstruación, exceso de vello corporal (hirsutismo), hipertiroidismo, síndrome de Cushing, secreción de leche materna (galactorrea), entre otros.

Clasificación patológica

Casi todos los tumores de ovario benignos y malignos se originan a partir de uno de tres tipos de células: células epiteliales, células estromales (por ejemplo, tumores de células de la granulosa, tecomas, etc.) y células germinales (por ejemplo, teratomas, disgerminomas, etc.) (Ver Anexo 02) (41)

En principio, el epitelio presente en la superficie del ovario exhibe una estructura histológica similar a la del mesotelio, que constituye el revestimiento de las cavidades pélvica y abdominal (42). Esta similitud, junto con la notable correspondencia morfológica entre los tumores epiteliales-estromales del ovario y algunos tumores epiteliales que se originan en otras regiones de la pelvis y el abdomen, puede atribuirse al origen común —el epitelio celómico primitivo— compartido por el epitelio de la superficie ovárica y el mesotelio. (43).

En otra instancia, el conjunto de tumores estromales del cordón sexual abarca neoplasias de naturaleza mesenquimal y mesonéfrica. Dentro de este grupo, ciertos tumores como los fibromas y los comas presentan una apariencia fibrosa, y algunos parecen originarse a partir de las células de la granulosa o de sus equivalentes en el cordón sexual masculino, como las células de *Leydig* y *Sertoli* (44).

Finalmente, las células germinales ováricas dan lugar a una variedad de tumores que son similares a los tumores de células germinales encontrados en los testículos. Las células germinales que quedan atrapadas o se desvían durante su migración desde el saco vitelino hacia las gónadas en desarrollo

pueden desarrollar tumores de células germinales fuera de su ubicación habitual en las gónadas (45).

Factores de riesgo y factores preventivos

Factores hormonales y reproductivos

Han surgido dos hipótesis predominantes que se ajustan a los datos (46). La teoría de la "ovulación continua" sugiere que un mayor número de ciclos ovulatorios puede incrementar la tasa de división celular implicada en la reparación del epitelio superficial después de cada ovulación, lo que a su vez puede aumentar la probabilidad de mutaciones espontáneas (47). La correlación entre el aumento en la cantidad de ovulaciones a lo largo de la vida y un mayor riesgo respalda esta teoría (48) (49) (50). Por otro lado, la "hipótesis de la gonadotropina" atribuye este efecto a la acción de hormonas como la hormona luteinizante y la hormona estimulante del folículo.

Paridad e infertilidad

La asociación entre el embarazo y el riesgo de CO se ha estudiado ampliamente. El embarazo causa anovulación y suprime la secreción de gonadotropinas hipofisarias y, por lo tanto, es consistente con las hipótesis de la "ovulación incesante" y la hipótesis de la "gonadotropina" (51) (52). De hecho, las mujeres que han tenido un parto tienen un riesgo entre un 30% y un 60% menor que las mujeres nulíparas y cada embarazo a término adicional reduce el riesgo en aproximadamente un 15% (53) (54). 98.105.127.

La infertilidad es un término que se utiliza para describir un grupo heterogéneo de afecciones biológicamente distintas que van desde infecciones del tracto genital y trastornos tubáricos hasta afecciones médicas como la endometriosis y el síndrome de ovario poliquístico (SOP) (55).

Todavía no se ha determinado si la nuliparidad y la baja paridad per se, en lugar de la dificultad para quedar embarazada debido a la infertilidad femenina, es el factor relevante. La infertilidad parece representar el mayor riesgo entre las mujeres que permanecen nulíparas, mientras que los períodos de infertilidad temporal entre las mujeres que han tenido hijos son poco preocupantes (56) (57).

Diagnóstico n.º 2: Oligohidramnios severo

El diagnóstico final de la paciente fue oligohidramnios + quiste paratubárico derecho y la operación propuesta fue cesárea trans peritoneal + quistectomía derecha.

Los hallazgos operatorios se encontraron un recién nacido de sexo femenino con índice APGAR 9/9, peso: 312.5 g, talla: 47 cm, PC: 34 CM, PA: 33 CM, EG: 38 ss, PT: 32,5.

No se evidenciaron complicaciones durante la intervención.

El líquido amniótico es uno de los primeros signos visibles del embarazo (58) (59). Es fundamental para un embarazo saludable, ya que actúa como un colchón físico y promueve la expansión y el desarrollo de los pulmones fetales. El volumen de líquido amniótico varía con la edad gestacional, con un promedio de 400 ml en el término (60) (61). La evaluación del volumen de líquido amniótico es una parte importante del tratamiento obstétrico.

El estándar de oro para medir el volumen de líquido amniótico es la técnica invasiva de dilución del colorante (62) Los métodos no invasivos validados incluyen el índice de líquido amniótico (AFI) de cuatro cuadrantes, la bolsa más profunda única (SDP) y la bolsa de dos diámetros (63) (64). El oligohidramnios se puede definir como un volumen de líquido amniótico < 5% para la edad gestacional, AFI < 5 cm o bolsa máxima más profunda < 2 cm. La SDP es el mejor método para diagnosticar el oligohidramnios⁸; sin embargo, la mayoría de los estudios que evalúan los resultados adversos utilizan AFI.

Causas

El oligohidramnios severo puede ser causado por varias razones, incluyendo la rotura prematura de membranas (ruptura de aguas), anomalías en el desarrollo renal del feto, restricción del crecimiento fetal, problemas con la placenta, hipertensión materna, preeclampsia, diabetes gestacional, entre otras condiciones.

Manejo terapéutico

El manejo del oligohidramnios severo dependerá de la causa subyacente y de la edad gestacional en la que se diagnostique. En algunos casos, se pueden tomar medidas para tratar la causa subyacente, como el control de la hipertensión o la diabetes materna. En otros casos, puede ser necesario realizar un seguimiento más estrecho del embarazo con ecografías frecuentes y pruebas de monitoreo fetal. En casos graves, puede ser necesario inducir el parto o realizar una cesárea para evitar complicaciones.

Presentación clínica

En muchos casos, el oligohidramnios severo puede ser asintomático y diagnosticarse durante una ecografía prenatal de rutina. Sin embargo, en casos más avanzados o en presencia de complicaciones, puede haber síntomas como disminución de los movimientos fetales percibidos por la madre, dolor abdominal, contracciones uterinas anormales o cambios en los resultados de las pruebas de monitoreo fetal.

3.3. Rotación en Medicina Interna

Diagnóstico n.º 1: Tumoración de miembro inferior

Según el informe clínico y laboratorio y de acuerdo a una descripción macroscópica, se recibe tumoración de pierna en forma ovoidea que pesa 25 grs., mide 5 x 4 x 2,5 cms, de color pardo, blanquecino con áreas pardas oscuras, superficie rogosa, ulcerada y consistencia aumentada, borde quirúrgico de 2 cms. De diámetro mayor.

El diagnóstico microscópico fue neoplasia sarcomatosa de grado intermedio de malignidad. Se recomendó ampliación de exámenes de inmunohistoquímica para conclusión diagnóstica y se solicitó posibilidad de biopsia.

Paciente hemo dinámicamente estable durante la hospitalización y el plan terapéutico fue prescripción de tramadol (50mg), curación diaria de herida, omeprazol (40 mg), ciprofloxacino (400 mg), clindamicina (600 mg), lactulosa 30 cc y transfusión 2PG STAT.

Causas

Las tumoraciones en los miembros inferiores pueden ser benignas o malignas y pueden surgir de diferentes tejidos, como tejido óseo, tejido blando (músculos, tejido adiposo, vasos sanguíneos) o tejido nervioso. Algunas de las causas más comunes incluyen lipomas (tumores de tejido adiposo), fibromas, quistes sinoviales, schwannomas (tumores de los nervios periféricos), osteocondromas (tumores óseos benignos) y sarcomas (tumores malignos de tejidos blandos u óseos).

Presentación clínica

Puede variar dependiendo de su ubicación, tamaño y tipo. Los síntomas pueden incluir la presencia de una masa palpable, dolor localizado, inflamación, cambios en la piel sobre la tumoración (como enrojecimiento o ulceración), deformidad ósea, compromiso de la función del miembro afectado (como dificultad para caminar o moverse) y síntomas sistémicos como fiebre o pérdida de peso, en casos de tumores malignos.

Diagnóstico

El diagnóstico de una tumoración en un miembro inferior generalmente involucra una combinación de historia clínica, examen físico y pruebas de imagen, como radiografías, ecografías, tomografías computarizadas (TC) o resonancia magnética (RM). Además, en muchos casos, puede ser necesaria una biopsia para obtener una muestra del tejido tumoral y realizar un análisis histopatológico para confirmar el diagnóstico y determinar si el tumor es benigno o maligno.

Tratamiento

El tratamiento de la tumoración en un miembro inferior dependerá del tipo de tumor, su tamaño, ubicación y extensión, así como del estado de salud general del paciente. Las opciones de tratamiento pueden incluir vigilancia activa, extirpación quirúrgica, radioterapia, quimioterapia y terapias dirigidas, entre otras modalidades. El objetivo del tratamiento es eliminar el tumor, preservar la función del miembro afectado y mejorar la calidad de vida del paciente.

Diagnóstico n.º 2: Meningoencefalitis por tuberculosis

La tuberculosis sigue siendo un problema de salud mundial, con un estimado de 10,4 millones de casos y 1,8 millones de muertes como resultado de la enfermedad en 2015. La forma más letal e incapacitante de tuberculosis es la meningitis tuberculosa (TBM), para la que se estima que se producen más de 100.000 nuevos casos al año (65).

Epidemiología

Aunque la meningitis tuberculosa (TBM) es la forma menos frecuente de tuberculosis extrapulmonar (5–15%), es la forma más grave en términos de mortalidad y morbilidad (66) (67) (68). Se desarrolla como una complicación temprana o tardía de la infección primaria. Con frecuencia, la mortalidad se asocia con un retraso en el diagnóstico y el tratamiento (69). Los médicos que trabajan con la TBM se enfrentan a serios problemas tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de la enfermedad. Todavía quedan interrogantes en cuanto a la patogenia de la enfermedad; no se dispone de pruebas diagnósticas rápidas y fiables para su uso en una fase temprana; Algunos pacientes aún podrían morir o quedar discapacitados a pesar de la eficacia del tratamiento (70). Existen criterios globalmente aceptados sobre la TBM utilizados por los médicos para ayudar al diagnóstico (71).

Características clínicas

La presentación clásica es con una enfermedad meningítica subaguda, que puede ser difícil de distinguir de otras causas de meningoencefalitis. Una vez que los síntomas neurológicos de la enfermedad avanzada están presentes (p. ej., coma, convulsiones, aumento de la presión intracraneal y hemiparesia), el diagnóstico es evidente, pero el pronóstico es malo. La TBM se clasifica en tres grados de gravedad según el grado TBM del Consejo Británico de Investigación Médica (72) (Ver anexo 03).

La TBM de grado 1 se define como una puntuación de coma de Glasgow (GCS) de 15 sin neurología focal, la TBM de grado 2 como una GCS de 15 con un déficit neurológico focal, o una GCS de 11-14 y la TBM de grado 3 se define como una GCS de ≤ 10 . La importancia de este sistema de clasificación radica en que permite la estratificación de los pacientes y es útil para predecir el pronóstico.

Manifestaciones clínicas

La tuberculosis es típicamente una enfermedad subaguda. En una revisión seminal, los síntomas estuvieron presentes durante una mediana de 10 días (rango, de un día a nueve meses) antes del diagnóstico (73).

Una fase prodrómica de fiebre baja, malestar general, dolor de cabeza, mareos, vómitos y/o cambios de personalidad puede persistir durante algunas semanas, después de lo cual los pacientes pueden desarrollar dolor de cabeza más intenso, estado mental alterado, accidente cerebrovascular, hidrocefalia y neuropatías craneales. Las convulsiones son manifestaciones poco frecuentes de la TBM en adultos y, cuando están presentes, deben llevar al médico a considerar diagnósticos alternativos, como meningitis bacteriana o viral o tuberculoma cerebral; por el contrario, las convulsiones se observan con frecuencia en niños con TBM, y ocurren hasta en 50 % de los casos pediátricos (74). Las características clínicas de la TBM son el resultado de la fibrosis meníngea basilar y la inflamación vascular (75).

Las características clásicas de la meningitis bacteriana, como rigidez en el cuello y fiebre, pueden estar ausentes. Cuando se permite que progrese sin tratamiento, casi siempre sobreviene el coma y la muerte. En los sobrevivientes de TBM, se pueden presentar secuelas neurológicas que incluyen retraso mental en niños, hipoacusia neurosensorial, hidrocefalia, parálisis de los nervios craneales, déficits neurológicos lateralizantes asociados a accidentes cerebrovasculares, convulsiones y coma (76).

Diagnóstico

Detectar la meningitis tuberculosa (TBM) puede resultar desafiante y a menudo se fundamenta en los hallazgos clínicos, junto con los resultados preliminares del líquido cefalorraquídeo (LCR), sin una confirmación microbiológica definitiva. Algunas señales clínicas, como una prolongada duración de los síntomas (más de seis días), una moderada pleiocitosis en el LCR y la presencia de déficits focales, pueden aumentar la sospecha de TBM (77) (78). Entre los hallazgos característicos de la TBM en el LCR se incluyen los siguientes:

- Pleiocitosis con predominio linfocítico. Los recuentos totales de glóbulos blancos suelen estar entre 100 y 500 células/ μ L. Muy temprano en la enfermedad, pueden estar presentes recuentos más bajos y predominio de neutrófilos.
- Niveles elevados de proteínas, típicamente entre 100 y 500 mg/dL.
- Glucosa baja, generalmente inferior a 45 mg/dL o LCR: relación plasmática <0,5.

Tratamiento

Terapia Antimicrobiana: El régimen de tratamiento recomendado para la TBM presuntamente sensible a los fármacos consiste en dos meses de INH, rifampicina (RIF), pirazinamida (PZA) y estreptomina (SM) o etambutol (EMB) diarios (EMB), seguidos de 7 a 10 meses de INH y RIF (79).

3.4. Rotación en Pediatría

Diagnostico n.º 1: Absceso Perianal

Los diagnósticos presuntivos fueron Celulitis, absceso perianal y enfermedad diarreica aguda (EDA).

Según los exámenes bioquímicos realizados, la PROTEÍNA C REACTIVA DE ALTA SENSIBILIDAD arrojó un resultado de 1.98, siendo un valor superior al referencial (0 – 0.5). Esto permitió distinguir un probable diagnóstico de infección, enfermedad intestinal, lupus o artritis reumatoide.

Durante el examen físico, la secreción purulenta se excreta del ano cuando se presiona el nódulo, y esto demuestra la presencia de un canal hueco que penetra en el ano: una fístula anal. La mayoría de los pacientes que se ven afectados por esta afección son varones lactantes y, por lo general, son menores de 1 año (82)

Según el informe de interconsulta se solicitó evaluación por la especialidad para drenaje de absceso perianal. El día 23/01, el médico especialista evalúa al paciente e indica que aún no se encuentra con las características para drenaje.

El plan terapéutico constó en dieta completa, oxcilina 800 mg, clindamicina 170 mg, clorfenamina 4 mg, metamizol 425 mg, mupirocina tópico y paracetamol 255 mg.

Se obtienen resultados de exámenes solicitados en el cual se evidencia un aumento de leucocitos de 16.340 a 20.53 sin desviación izquierda con un PCR que también ha incrementado todo el día del ingreso de 0.11 a 1.98, motivo por el cual se le receta antibioticoterapia con vancomicina a 60 mg/ kg/ día.

Finalmente, el diagnostico definido fue absceso perianal.

Los abscesos perianales (AP) y la fístula en el ano (AIF) son enfermedades comunes en lactantes y niños que se desarrollan a partir de una infección en criptas anormalmente profundas de Morgagni. A menudo se encuentran en bebés menores de 12 meses y muestran un predominio masculino extremo. Esta diferencia basada en el sexo puede explicarse por el exceso de andrógenos o las glándulas sensibles a los andrógenos (80). El absceso se presenta típicamente como una masa sensible fluctuante en la región perianal, más comúnmente en las posiciones de las 3 en punto y las 9 en punto. Se informa que hasta el 20%-85% de los abscesos perianales progresan a una fístula en el ano (81).

La patogenia de un AP pediátrica se ha descrito como criptas anormales profundas o glándulas anormales dentro de una línea dentada irregularmente engrosada que puede descargarse o infectarse espontáneamente y, por lo tanto, conducir a una FIA (83).

Tratamiento

El tratamiento actual de las AP en niños sigue siendo discutible. Las diferentes opciones incluyen el tratamiento conservador, el tratamiento médico con antibióticos, la incisión y el drenaje (DI) solos, y la DI por interrupción de la fístula (84).

- Drenaje: Este es el tratamiento principal para los abscesos perianales. Se realiza mediante la incisión y el drenaje del pus acumulado en el absceso. El procedimiento se lleva a cabo bajo anestesia local o general, dependiendo de la edad del niño y la gravedad del absceso.

- Antibióticos: En algunos casos, se pueden recetar antibióticos para tratar la infección asociada con el absceso perianal, especialmente si hay signos de propagación de la infección o si el absceso es grande.
- Analgesia y cuidado local: Se pueden recetar analgésicos para aliviar el dolor asociado con el absceso. Además, se pueden dar instrucciones sobre cuidados locales, como baños de asiento tibios, para ayudar a aliviar el malestar y promover la curación.
- Seguimiento médico: Es importante que el niño sea seguido de cerca por un médico para monitorear la evolución del absceso y asegurarse de que esté respondiendo al tratamiento adecuadamente

Diagnóstico n.º 2: Intoxicación por carbamato

La intoxicación con carbamatos es un estado clínico que se produce cuando una persona ha sido expuesta a una cantidad excesiva de compuestos carbamatos, que son insecticidas y pesticidas comunes.

El caso revisado correspondió a este diagnóstico, después de diferentes exámenes y pruebas de laboratorio, la paciente se encontró en un estado estable y el especialista pediatra junto al equipo de trabajo recomendó seguir la dieta blanda y mantener sustancias nocivas lejos del alcance de los menores.

Epidemiología

Se estima que cada año se producen entre 1 y 5 millones de casos de intoxicación por plaguicidas, lo que provoca varios miles de muertes. La mayoría de estas intoxicaciones se producen en países en desarrollo donde la falta de higiene, información o control adecuado ha creado condiciones de trabajo inseguras. A pesar de que estos países representan solo el 25% del consumo mundial de plaguicidas, representan aproximadamente el 99% de las muertes relacionadas (85).

La mayoría de las muertes por plaguicidas registradas en las encuestas hospitalarias de todo el mundo están relacionadas con el auto envenenamiento (86). El envenenamiento accidental puede ocurrir en el hogar cuando los pesticidas no se almacenan bien y se confunden con refrescos o productos alimenticios. Los niños suelen ser la mayoría de las víctimas (87).

Otra posibilidad de envenenamiento puede deberse a la exposición ocupacional excesiva a pesticidas que pueden absorberse rápidamente por inhalación o por contacto dérmico. La gravedad de la intoxicación está directamente relacionada con el tipo de plaguicida involucrado, la magnitud, la duración y la frecuencia de la exposición. Su intensidad es extremadamente variable dependiendo del tamaño del área trabajada, el modo de aplicación, las condiciones climáticas, así como las habilidades del operador y el uso de equipos de protección personal apropiados (88).

Diagnostico clínico

El diagnóstico se realiza sobre la base de la sospecha clínica, los signos clínicos característicos y la actividad reducida en sangre de la butirilcolinesterasa (también conocida como pseudocolinesterasa – PchE, o colinesterasa plasmática debido a su presencia en el plasma) o AChE (también conocida como colinesterasa verdadera o colinesterasa de los glóbulos rojos debido a su presencia en los glóbulos rojos). Los pacientes con intoxicación grave por organofosforados o carbamato suelen presentar signos de estimulación muscarínica y nicotínica y toxicidad del sistema nervioso central (89)

Fisiopatología

Entre los plaguicidas, los organofosforados y los carbamatos, compuestos conocidos como agentes anticolinesterasas, representan las principales clases de intoxicaciones leves a graves. Los agentes anticolinesterasas tienen en común el mismo mecanismo de acción, pero provienen de dos clases químicas diferentes: los derivados de los ácidos fosfórico, fosforotioico, fosforoditioico y fosfónico (organofosforados) y los del ácido carbámico (carbamatos). Estos compuestos inhiben las enzimas acetilcolinesterasas, lo que provoca elevaciones en los niveles del neurotransmisor acetilcolina que conducen a un síndrome colinérgico agudo. Los signos clínicos de intoxicación incluyen aumento de secreciones, broncoconstricción, miosis, calambres gastrointestinales, diarrea, bradicardia, fasciculación muscular, depresión del sistema nervioso central, convulsiones, cianosis y coma (90). Al igual que los organofosforados, los carbamatos inhiben las enzimas

colinesterasas y, por lo tanto, comparten síntomas similares, aunque su intoxicación tiende a tener una duración más corta (91).

Principios de la terapia

Como en cualquier emergencia médica, se deben asegurar las vías respiratorias, se debe ayudar a la función respiratoria según la gravedad de la intoxicación y se justifica la monitorización y el apoyo cardiovascular.

Se debe quitar la ropa como parte del examen primario y se deben irrigar los ojos y la piel si estuvieron expuestos al material tóxico

Los tratamientos de soporte vital básico incluyen succión de secreciones orales, intubación y ventilación mecánica con presión positiva. Los líquidos intravenosos generalmente se administran tan pronto como hay acceso venoso y se extrae sangre para investigación de laboratorio (92).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

La última etapa de la carrera médica es el internado, que resulta altamente formativa, gratificante y útil para la educación académica del estudiante de medicina (interno). Antes de iniciar este período de 10 meses de duración, el Hospital Hipólito Unanue de Lima organizó un programa de inducción y asesoría enfocado en todos los procesos asistencial y administrativo de la IPRESS, para que los pasantes conozcan y comprendan plenamente la gestión interna. En este sentido, la finalidad de los hospitales del tercer nivel de atención es atender la complejidad patológica y los internos aprovechar la experiencia del personal de planta y residentes que por lo general se encuentran también en formación especializada y que deben preocuparse por el bienestar de los pacientes y sus familiares brindándoles una atención de alto nivel de satisfacción.

Las rotaciones implementadas por el programa de internado incluyen las cuatro especialidades básicas: Cirugía, Medicina Interna, Pediatría y Ginecología-Obstetricia. El trabajo en cada especialidad tiene una estructura funcional y una propia cultura de trabajo en donde el interno, residentes y médicos asistentes realizan una labor integrada para organizar la correcta evolución y gestión del paciente hospitalizado, y así conseguir efectividad y seguridad del paciente.

En primer lugar, durante la rotación en cirugía llevada a cabo durante los meses de Abril y Mayo, siendo una de las rotaciones más importantes y de alto desempeño. Esta especialidad se divide en tópicos de cirugía (Emergencia), piso e intervenciones de sala. En lo que respecta a piso, las obligaciones se basaron en llenar las historias clínicas, realización de evoluciones, prescripción de recetas, preparación de papeles y demás recursos para la preparación de sala por cada paciente. Asimismo, también se permitió el ingreso a sala para instrumentar, apoyar y registrar mediante evidencias digitales. Un aspecto positivo es que el hospital se centró en la importancia del rol de cada interno y su alta intervención durante las operaciones. En lo que respecta a tópicos, se realizaban con un periodo de 4 días las guardias nocturnas, el grupo estaba conformado por 2 internos, 1 R1, mientras que R2 y R3 estaban presente en cirugía de emergencia durante la

noche o el turno que correspondía. Una de las experiencias más memorables fue la atención a un paciente con múltiples cortes superficiales, el cual tuvo que ser atendido de manera rápida y con la atención debida para evitar futuras complicaciones (evidencia en anexo 04).

Desde una perspectiva profesional y académica, se puede afirmar que la experiencia obtenida en esta especialidad fue enriquecedora, desafiante y transformadora, puesto que, permitió reforzar y desarrollar nuevas capacidades y habilidades para atender y solucionar todos los problemas surgidos en el hospital priorizando los criterios éticos.

En segundo lugar, la segunda rotación se llevo a cabo en un establecimiento de primer nivel de atención en Salamanca. En este contexto, se fortaleció la relación paciente – interno, asimismo, se logró aprender la gestión documentaria referente a los pacientes y todo lo referente a promoción y prevención de la salud.

Con respecto a la tercera rotación en la especialidad de Ginecología – Obstetricia se llevó a cabo en el Hipólito y tuvo una duración de 2 meses. Esta especialidad se divide en ginecología – hospitalización y obstetricia subdividido en sala de partos y UCEGO (ARO A, ARO B, ARO C, ARO ADOLESCENTE).

En ARO A se atendían a pacientes gestantes de aproximadamente 33 semanas con complicaciones de mucho riesgo.

En ARO B llegaban las pacientes que eran derivadas a cesárea. En el HNU se cuenta con una propia sala destinada solo a procedimientos de cesáreas, lo cual favorece y optimiza los tiempos de atención.

En ARO C se atendían a gestantes antes de las 25 semanas con diagnósticos no tan complicados, pero que debían ser atendidas para control o monitoreo.

Si la paciente presentaba alguna complicación durante el trabajo de parto, el interno que estaba de turno estaba en la obligación de entrar y dar el soporte necesario durante esta intervención.

Posteriormente, la cuarta rotación correspondió a la especialidad de pediatría. Esta área se dividía en: emergencia pediátrica, piso de pediatría y

neonatología. Los casos más frecuentes eran diagnósticos de faringitis, faringitis aguda, enfermedades virales, entre otros. El proceso en esta especialidad también permitió consolidar los conocimientos, reforzar la comunicación con los padres, brindar una atención con altos estándares de calidad.

En la subespecialidad de neonatología se clasificaba de la siguiente manera: neonatología hospitalización en donde se atendían a los bebés de las pacientes post cesareadas y post parto vaginal. En el primer piso se contaba con una sala de AREA DE ATENCION INMEDIANTA DEL RENCION NACIDO (AIRN), en donde se controlaba, monitoreaba y brindaba cuidados especiales al neonato que acaba de nacer ya sea por parto vaginal o cesárea..

Finalmente, en la última rotación correspondiente a la especialidad de medicina interna se trabajó con médicos residentes de diferentes especialidades. Este servicio se subdivide en 04 sectores: Sector 1 (1A, 1B), sector 2 (2C, 2D), sector 3 (intermedio) y sector 4 (E y G). Fue una etapa en la cual se logró obtener conocimientos impartidos por los residentes de diversas especialidades y médicos asistentes de medicina interna; se enfocan en la evolución de las enfermedades y aprender a prestar más atención a los detalles de cada patología.

El papel que desempeñan los internos en las instituciones médicas como en este hospital, es sumamente importante; debido a la brecha de recurso humano que contribuya a gestionar al paciente y al mismo tiempo aprender de la práctica directa de la atención médica; de igual forma, la complementan con la teoría aprendida durante el pregrado, desarrollando las competencias para la atención al paciente, la gestión interna y la formación para ser médico. Respecto a este último punto, el proceso de internado se centra no sólo en mejorar el conocimiento y la experiencia clínica, sino también en aprender estándares como la responsabilidad, la puntualidad, el trabajo en equipo y otros valores personales a medida que se acumula la experiencia. Los internos y las escuelas de medicina se encuentran en cambio constante para conseguir mejores condiciones de trabajo para los internos que sobrepasan muchas veces el límite horario permitido por la ley.

Para ir terminando, se puede considerar que la experiencia adquirida y capitalizada en aciertos y errores, aprendizaje de competencias y la integración con futuros colegas son parte de un exitoso proceso de integración médica durante el internado, destacando la conversión de estudiante en médico joven preparados para el siguiente nivel de SERUMS.

CONCLUSIONES

1. Con relación a la experiencia asistencial, esta se refiere a la oportunidad de interactuar directamente con pacientes en diferentes contextos clínicos, lo que les permite desarrollar habilidades de comunicación, empatía y trabajo en equipo; por otro lado, los internos tienen la oportunidad de participar en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes bajo la supervisión de médicos más experimentados, esto brinda una exposición directa a una variedad de condiciones médicas y les ayuda a desarrollar habilidades clínicas.
2. El internado médico suele incluir rotaciones por diferentes especialidades médicas, lo que permite a los estudiantes explorar diferentes áreas de la medicina y obtener una comprensión más amplia de la atención médica integral. En tal sentido, las rotaciones de cirugía y medicina interna fueron desafiantes en términos de tareas de guardia, presentaciones y revisiones de casos clínicos. Por otro lado, las rotaciones de obstetricia y ginecología fueron menos exigentes, pero igualmente intensas en términos de guardias, visitas ambulatorias, urgencias y hospitalizaciones.
3. En cuanto a la experiencia en gestión administrativa, el internado médico proporciona a los estudiantes la oportunidad de familiarizarse con el funcionamiento de los hospitales, incluyendo la gestión de pacientes hospitalizados, la interpretación de exámenes de laboratorio y estudios de imagen, y la coordinación del cuidado multidisciplinario; por otro lado, durante este período, los estudiantes tienen la oportunidad de enfrentarse a situaciones clínicas complejas y tomar decisiones clínicas bajo presión, lo que contribuye a su desarrollo en habilidades blandas y duras y los prepara para la práctica independiente.

RECOMENDACIONES

1. A los internos de medicina: evidenciar las normas de convivencia con el personal del hospital (saludo y despedida con el debido respeto), incorporar como horario de ingreso antes de las 6:00 am para evolucionar y organizar la presentación de sus pacientes durante la visita médica; gestionar las interconsultas en el sistema (SINGHO) y aquellas hechas a mano fuera de este sistema: por otro lado, es muy importante conocer la gestión documentaria (FUAS) de los pacientes SIS debido a que los registros de su atención son facturas digitales que el SIS amortiza al hospital; finalmente fomentar el interés académico planificar espacios de discusión clínica y sobre todo generar confiabilidad y empatía a pacientes y familiares.
2. A los tutores y docentes coordinadores: es fundamental establecer un plan de internado médico que esté bien estructurado y que cumpla con estándares de calidad. Esto incluye definir objetivos claros, rotaciones por diferentes especialidades, y criterios de evaluación consistentes; por otro lado, Es importante asegurar que los internos reciban una supervisión adecuada por parte de médicos más experimentados. Además, asignarles un mentor que les guíe y apoye a lo largo de su internado puede ser de gran ayuda para su desarrollo profesional.
3. A las autoridades del hospital: se debe crear un ambiente de trabajo respetuoso, colaborativo y seguro, donde los internos se sientan apoyados y motivados para aprender y desarrollarse profesionalmente, adicionalmente, se debe promover la participación en actividades de educación médica continua, como conferencias, seminarios y congresos, que permitan a los internos mantenerse actualizados en los avances médicos y científicos.
4. A la universidad: se recomienda fomentar la participación de los internos en proyectos de investigación, eventos de formación en medicina digital, telemedicina, gestión sanitaria etc. y actividades comunitarias que les permitan contribuir al avance de la medicina y a mejorar la salud de la población.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- (1) Ali I Swaid, Abdelkhalig H Elhilu & Mohamed S Mahfouz (2017) Medical internship training in Saudi Arabia: interns' views and perceptions, *Advances in Medical Education and Practice*, 8:, 121-128, DOI: 10.2147/AMEP.S123119
- (2) Moss F. The pre-registration year. *Med Educ.* [Internet] 1997; [Consultado 20 enero 2023] 31 (1): 10-11. Disponible en The pre-registration year - PubMed (nih.gov)
- (3) Al-Moamary MS, Mamede S, Schmidt HG. Innovations in medical internship: benchmarking and application within the King Saud bin Abdulaziz University for Health Sciences. *Educ Health (Abingdon)*. 2010;23(1):367. Innovations in medical internship: benchmarking and application within the King Saud bin Abdulaziz University for Health Sciences - PubMed (nih.gov)
- (4) Cannon GW, Keitz SA, Holland GJ, et al. Factors determining medical students' and residents' satisfaction during VA-based training: findings from the VA Learners' Perceptions Survey. *Acad Med.* [Internet] 2008; [Consultado 20 ene 2023] 83(6):611-620. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18520472/>
- (5) Quine L. Workplace bullying in junior doctors: questionnaire survey. *BMJ.* [Internet] 2002; [Consultado 23 enero 2023] 324(7342):878-879. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11950736/>
- (6) Baldwin DC Jr, Daugherty SR. Sleep deprivation and fatigue in residency training: results of a national survey of first- and second-year residents. *Sleep*. 2004;27(2):217-223. doi:10.1093/sleep/27.2.217
- (7) Alves A, Alves F, Vieira E, Fontes E. Evaluation of medical interns' attitudes towards relevant aspects of medical practice. *Rev. Assoc. Med. Bras* [Internet] 2017 [consultado 15 ene 2023]. 63 (6). Disponible en <https://www.scielo.br/j/ramb/a/s8JfcntzCLTJq4w3ZPz3DWk/?lang=en#>

- (8) Hospital Nacional Hipólito Unanue [Internet]. Información institucional . [citado 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/hnhu/institucional>
- (9) Reseña Historica Del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Minsa [internet]. 2014 [citado el 4 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/transparencia/Datos%20generales/RESE%C3%91A%20HISTORICA.pdf>
- (10) Ministerio De Salud. Reseña Historia Hnu. Portal Minsa [Internet] 2021 [CONSULTADO 15 ENERO 2023]. DISPONIBLE EN <http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/historia/>
- (11) Plataforma digital única del Estado Peruano. Información institucional HNU. Portal GOB.pe [Internet] 2020 [consultado 15 dic 2023]. Diponible en <https://www.gob.pe/institucion/hnhu/institucional>
- (12) Heald B., Plesec T., Liu X., Pai R., Patil D., Moline J., et al. Implementation of universal microsatellite instability and immunohistochemistry screening for diagnosing lynch syndrome in a large academic medical center. *J Clin Oncol*, 31 (2013), pp. 1336-1340 <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2012.45.1674>
- (13) Sánchez G, Guillén J. Cáncer de colón. Blog Cuidate [Internet] 2023 [Consultado 10 enero 2023]. Disponible en <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/cancer/cancer-colon.html>
- (14) Davies J, Goldberg R. Treatment of Metastatic Colorectal Cancer. *Semin Onc* [Internet] 2011 [consultado 23 dic 2023] 38 (4). Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0093775411001552>
- (15) Kindler HL, Shulman K. Metastatic colorectal cancer. Current Treatment Options in Oncology [Internet] 2001 [Consultado 20 dic 2023]. 2: 459 - 471. Disponible en <https://link.springer.com/article/10.1007/s11864-001-0068-7>
- (16) Lightowers MW. Vaccines against cysticercosis and hydatidosis: foundations in taeniid cestode immunology. *Parasitol Int*. 2006;55:S39–43. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16337177/>
- (17) Pedrosa I, Saíz A, Arrazola J, Ferreirós J, Pedrosa CS. Hydatid disease: radiologic and pathologic features and complications. *Radiographics*. 2000;20(3):795-817. doi:10.1148/radiographics.20.3.g00ma06795

- (18) Brunetti E, Kern P, Vuitton DA; Writing Panel for the WHO-IWGE. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. *Acta Trop.* 2010;114(1):1-16. doi:10.1016/j.actatropica.2009.11.001
- (19) Zhang W, Ross A, McManus D. Mechanisms of Immunity in Hydatid Disease: Implications for Vaccine Development. *J Immunol.* 2000;181:6679–6685. doi: 10.4049/jimmunol.181.10.6679.
- (20) Siracusano A, Delunardo F, Teggi A, Ortona E. Cystic echinococcosis: aspects of immune response, immunopathogenesis and immune evasion from the human host. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets.* 2012;12(1):16-23. doi:10.2174/187153012799279117
- (21) Siracusano A, Teggi A, Ortona E. Human Cystic Echinococcosis: Old Problems and New Perspectives. *Interdiscip Perspect Infect Dis.* 2009:474368. doi: 10.1155/2009/474368.
- (22) Langer J, Rose D, Keystone J, Taylor B, Langer B. Diagnosis and management of hydatid disease of the liver. A 15-year North American experience. *Ann Surg.* 1984;199:412–417. doi: 10.1097/00000658-198404000-00007.
- (23) Symeonidis N, Pavlidis T, Baltatzis M, Ballas K, Psarras K, Marakis G, et al. Complicated liver echinococcosis: 30 years of experience from an endemic area. *Scand J Surg.* 2013;102:171–177. doi: 10.1177/1457496913491877.
- (24) García MB, Lledías JP, Pérez IG, Tirado VV, Pardo LF, Bellvís LM, et al. Primary Super-Infection of Hydatid Cyst—Clinical Setting and Microbiology in 37 Cases. *Am J Trop Med Hyg.* 2010;82:376–378. doi: 10.4269/ajtmh.2010.09-0375.
- (25) WHO Informal Working Group. International classification of ultrasound images in cystic echinococcosis for application in clinical and field epidemiological settings. *Acta Trop.* 2003;85(2):253-261. doi:10.1016/s0001-706x(02)00223-1
- (26) Beggs I. The radiology of hydatid disease. *Am J Roentgenol.* 1985;145:639–648. doi: 10.2214/ajr.145.3.639.
- (27) Macpherson C, Milner R. Performance characteristics and quality control of community based ultrasound surveys for cystic and alveolar

- echinococcosis. *Acta Trop*. 2003;85:203–209. doi: 10.1016/S0001-706X(02)00224-3.
- (28) Teggi A, Lastilla MG, De Rosa F. Therapy of human hydatid disease with mebendazole and albendazole. *Antimicrob Agents Chemother*. 1993;37:1679–1684. doi: 10.1128/AAC.37.8.1679.
- (29) Stojkovic M, Zwahlen M, Teggi A, Vutova K, Cretu CM, Virdone R, et al. Treatment Response of Cystic Echinococcosis to Benzimidazoles: A Systematic Review. *PLoS Negl Trop Dis*. 2009;3:e524. doi: 10.1371/journal.pntd.0000524.
- (30) Smego R, Sebanego P. Treatment options for hepatic cystic echinococcosis. *Int J Infect Dis*. 2005;9:69–76. doi: 10.1016/j.ijid.2004.08.001.
- (31) Piccoli L, Tamarozzi F, Cattaneo F, Mariconti M, Filice C, Bruno A, et al. Long-term Sonographic and Serological Follow-up of Inactive Echinococcal Cysts of the Liver: Hints for a “Watch-and-Wait” Approach. *PLoS Negl Trop Dis*. 2014;8:e3057. doi: 10.1371/journal.pntd.0003057.
- (32) Paksoy Y, Odev K, Sahin M, Arslan A, Koç O. Percutaneous treatment of liver hydatid cysts: comparison of direct injection of albendazole and hypertonic saline solution. *Am J Roentgenol*. 2005;185:727–734. doi: 10.2214/ajr.185.3.01850727
- (33) Golemanov B, Grigorov N, Mitova R, Genov J, Vuchev D, Tamarozzi F, et al. Efficacy and Safety of PAIR for Cystic Echinococcosis: Experience on a Large Series of Patients from Bulgaria. *Am J Trop Med Hyg*. 2011;84:48–51. doi: 10.4269/ajtmh.2011.10-0312.
- (34) Junghanss T, da Silva AM, Horton J, Chiodini PL, Brunetti E. Clinical management of cystic echinococcosis: state of the art, problems, and perspectives. *Am J Trop Med Hyg*. 2008;79:301.
- (35) Aggarwal P, Kehoe S. Ovarian tumours in pregnancy: a literature review. *Europ Journ Obst & Gynec and Reproduc Bio* [Internet] 2011 [Consultado 15 ene 2023] 155 (2). Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S030121151000571>

- (36) Quintana González JA, Godoy Rivero R. Quiste gigante de ovario. Presentación de un caso. Hospital Universitario De La Paz Puerto Príncipe, Haití, 2007. MEDICIEGO. 2008 [citado 8 Feb 2012]; 14(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14_supl1_08/casos/c8_v14_supl1_08.htm
- (37) López Martín JE, Rodríguez Rodríguez R, Corteguera Fonte ME, López Martín LG. Cistoadenoma seroso del ovario. A propósito de dos casos. Revista de Ciencias Médicas de La Habana. 2007 [citado 18 Dic 2011]; 13 (2). Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol13_2_07/hab14207.htm
- (38) Moreno Antunes A, Haliberto Armenteros B, Morán Piñero R, Anderson Crosweil Ch. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del cáncer de ovario en el Hospital "Vladimir Ilich Lenin". Correo Científico Médico de Holguín. 2008 [citado 15 May 2011]; 12 (3). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no123/pdf/n123ori7.pdf>
- (39) Rodríguez Reigosa JE, Guerrero García LP, Esperón Noa RP, Linchenat Lambert A, Silveira Pablos JM, Díaz Ortega I, et al. Cáncer de ovario en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de Cuba: 2001 a 2005. Rev Cubana Cir. 2009 [citado 8 Feb 2012]; 48 (1). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/cir/vol48_1_09/cir08109.htm
- (40) Álvarez Pérez M, Ramírez Moreno I, López Díaz AC, Matilla Vicente A, Gallego Domínguez E, Alba Conejo E. Supervivencia en pacientes con cáncer de ovario, tras nueve años de seguimiento en el registro hospitalario de tumores del Hospital Clínico Universitario de Málaga [citado 15 May 2011]. Disponible en <http://www.conganat.org/7congreso/PDF/408.pdf>
- (41) Sankaranarayanan R, Ferlay J. Worldwide burden of gynaecological cancer: the size of the problem. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2006;20(2):207-225. doi:10.1016/j.bpobgyn.2005.10.007
- (42) McCluggage WG. Morphological subtypes of ovarian carcinoma: a review with emphasis on new developments and pathogenesis. Pathology. 2011;43:420–32. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21716157/>

- (43) Prat J. Ovarian carcinomas: five distinct diseases with different origins, genetic alterations, and clinicopathological features. *Virchows Arch.* 2012;460:237–49. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22322322/>
- (44) The Cancer Genome Atlas Research Network. Integrated genomic analyses of ovarian carcinoma. *Nature.* 2011;474:609–15. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21720365/>
- (45) Marquez RT, Baggerly KA, Patterson AP, Liu JS, Broaddus R, Frumovitz M, et al. Patterns of gene expression in different histotypes of epithelial ovarian cancer correlate with those in normal fallopian tube, endometrium, and colon. *Clin Cancer Res.* 2005;11:6116–26. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16144910/>
- (46) Risch HA. Hormonal etiology of epithelial ovarian cancer, with a hypothesis concerning the role of androgens and progesterone. *J Natl Cancer Inst.* 1998;90:1774–86. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9839517/>
- (47) Casagrande JT, Louie EW, Pike MC, Roy S, Ross RK, Henderson BE. "Incessant ovulation" and ovarian cancer. *Lancet.* 1979;2:170–3. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/89281/>
- (48) Schildkraut JM, Moorman PG, Bland AE, Halabi S, Calingaert B, Whitaker R, et al. Cyclin E overexpression in epithelial ovarian cancer characterizes an etiologic subgroup. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2008;17:585–93. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18349276/>
- (49) Moorman PG, Schildkraut JM, Calingaert B, Halabi S, Vine MF, Berchuck A. Ovulation and ovarian cancer: a comparison of two methods for calculating lifetime ovulatory cycles (United States) *Cancer Causes Control.* 2002;13:807–11. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12462545/>
- (50) Tung KH, Wilkens LR, Wu AH, McDuffie K, Nomura AM, Kolonel LN, et al. Effect of anovulation factors on pre- and postmenopausal ovarian cancer risk: revisiting the incessant ovulation hypothesis. *Am J Epidemiol.* 2005;161:321–9. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15692075/>

- (51) Hartge P, Schiffman MH, Hoover R, McGowan L, Leshner L, Norris HJ. A case-control study of epithelial ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol.* 1989;161:10–6. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2750791/>
- (52) La Vecchia C. Epidemiology of ovarian cancer: a summary review. *Eur J Cancer Prev.* 2001;10:125–9. disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11330452/>
- (53) Whittemore AS, Harris R, Itnyre J. Characteristics relating to ovarian cancer risk: collaborative analysis of 12 US case-control studies. II. Invasive epithelial ovarian cancers in white women. Collaborative Ovarian Cancer Group. *Am J Epidemiol.* 1992;136:1184–203. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1476141/>
- (54) Kvåle G, Heuch I, Nilssen S, Beral V. Reproductive factors and risk of ovarian cancer: a prospective study. *Int J Cancer.* 1988;42:246–51. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3403067/>
- (55) Mosgaard BJ, Lidegaard Ø, Kjaer SK, Schou G, Andersen AN. Infertility, fertility drugs, and invasive ovarian cancer: a case-control study. *Fertil Steril.* 1997;67:1005–12. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9176436/>
- (56) Risch HA, Marrett LD, Howe GR. Parity, contraception, infertility, and the risk of epithelial ovarian cancer. *Am J Epidemiol.* 1994;140:585–97. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7942759/>
- (57) Hartge P, Schiffman MH, Hoover R, McGowan L, Leshner L, Norris HJ. A case-control study of epithelial ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol.* 1989;161:10–6. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2750791/>
- (58) de Crespigny LC, Cooper D, McKenna M. Early detection of intrauterine pregnancy with ultrasound. *J Ultrasound Med* 1988; 7: 7–10. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3276923/>
- (59) Timor-Tritsch IE, Farine D, Rosen MG. A close look at early embryonic development with the high-frequency transvaginal transducer. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 159: 676–681. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3048101/>

- (60) Brace RA, Wolf EJ. Normal amniotic fluid volume changes throughout pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161: 382–388. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2764058/>
- (61) Gadd RL. The volume of the liquor amnii in normal and abnormal pregnancies. *J Obstet Gynaecol Br Commonw* 1966; 73: 11–22. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5325191/>
- (62) Charles D, Jacoby HE. Preliminary data on the use of sodium aminohippurate to determine amniotic fluid volumes. *Am J Obstet Gynecol* 1966; 95: 266–269. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5327580/>
- (63) Manning FA, Platt LD, Sipos L. Antepartum fetal evaluation: development of a fetal biophysical profile. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 136: 787–795.
- (64) Phelan JP, Smith CV, Broussard P, Small M. Amniotic fluid volume assessment with the four-quadrant technique at 36–42 weeks' gestation. *J Reprod Med* 1987; 32: 540–542.
- (65) Wilkinson, R., Rohlwink, U., Misra, U. *et al.* Tuberculous meningitis. *Nat Rev Neurol* **13**, 581–598 (2017). <https://www.nature.com/articles/nrneurol.2017.120>
- (66) M. Bozluolcay and Z. Pelin, “Tuberculosis of the central nervous system in Turkey: a retrospective study of 90 adult patients,” *Journal of Neurological Sciences*, vol. 20, no. 2, pp. 120–126, 2003.
- (67) M. T. Porkert, M. Sotir, P. Parrott-Moore, and H. M. Blumberg, “Tuberculous meningitis at a large inner-city medical center,” *American Journal of the Medical Sciences*, vol. 313, no. 6, pp. 325–331, 1997.
- (68) World Health Organization, Global Tuberculosis Database, 2009, <http://www.who.int/research/en/>.
- (69) S. Hoşoğlu, M. F. Geyik, I. Balik et al., “Predictors of outcome in patients with tuberculous meningitis,” *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, vol. 6, no. 1, pp. 64–70, 2002.
- (70) G. Thwaites, T. T. H. Chau, N. T. H. Mai et al., “Tuberculous meningitis,” *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 68, no. 3, pp. 289–299, 2000.

- (71) S. Marais, G. Thwaites, J. F. Schoeman et al., "Tuberculous meningitis: a uniform case definition for use in clinical research," *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 10, no. 11, pp. 803–812, 2010.
- (72) Thwaites GE, Nguyen DB, Nguyen HD, et al. Dexamethasone for the treatment of tuberculous meningitis in adolescents and adults. *N Engl J Med*. 2004;351(17):1741-1751. doi:10.1056/NEJMoa040573
- (73) S. J. Kent, S. M. Crowe, A. Yung, C. R. Lucas, and A. M. Mijch, "Tuberculous meningitis: a 30-year review," *Clinical Infectious Diseases*, vol. 17, no. 6, pp. 987–994, 1993.
- (74) N. J. Farinha, K. A. Razali, H. Holzel, G. Morgan, and V. M. Novelli, "Tuberculosis of the central nervous system in children: a 20-year survey," *Journal of Infection*, vol. 41, no. 1, pp. 61–68, 2000.
- (75) A. H. Alzeer and J. M. FitzGerald, "Corticosteroids and tuberculosis: risks and use as adjunct therapy," *Tubercle and Lung Disease*, vol. 74, no. 1, pp. 6–11, 1993.
- (76) M. Henry and R. S. Hlzman, "Tuberculosis of the brain, meninges, and spinal cord," in *Tuberculosis*, W. N. Rom, S. M. Garay et al., Eds., pp. 445–464, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, Pa, USA, 2nd edition, 2004.
- (77) G. E. Thwaites, T. T. H. Chau, K. Stepniewska et al., "Diagnosis of adult tuberculous meningitis by use of clinical and laboratory features," *The Lancet*, vol. 360, no. 9342, pp. 1287–1292, 2002.
- (78) R. Kumar, S. N. Singh, and N. Kohli, "A diagnostic rule for tuberculous meningitis," *Archives of Disease in Childhood*, vol. 81, no. 3, pp. 221–224, 1999
- (79) World Health Organization, *Treatment of Tuberculosis: Guidelines*, 4th edition, 2010.
- (80) Afşarlar CE, Karaman A, Tanır G, et al. Perianal abscess and fistula-in-ano in children: clinical characteristic, management and outcome. *Pediatr Surg Int*. 2011;27(10):1063-1068. doi:10.1007/s00383-011-2956-7
- (81) Chang HK, Ryu JG, Oh JT. Clinical characteristics and treatment of perianal abscess and fistula-in-ano in infants. *J Pediatr Surg*. 2010;45(9):1832-1836. doi:10.1016/j.jpedsurg.2010.03.021

- (82) Shafer AD, McGlone TP, Flanagan RA. Abnormal crypts of Morgagni: the cause of perianal abscess and fistula-in-ano. *J Pediatr Surg.* 1987;22(3):203–4. [https://doi.org/10.1016/s0022-3468\(87\)80327-5](https://doi.org/10.1016/s0022-3468(87)80327-5).
- (83) Fitzgerald RJ, Harding B, Ryan W. Fistula-in-ano in childhood: a congenital etiology. *J Pediatr Surg.* 1985;20(1):80–1. [https://doi.org/10.1016/s0022-3468\(85\)80399-7](https://doi.org/10.1016/s0022-3468(85)80399-7).
- (84) Gong Z, Han M, Wu Y, Huang X, Xu WJ, Lv Z. Treatment of first-time perianal abscess in childhood, balance recurrence and fistula formation rate with medical intervention. *Eur J Pediatr Surg.* 2018;28(4):373–7. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1603092>.
- (85) UNITED Nations Press Release. Farm workers need to be better protected against pesticides: FAO, UNEP call for stronger safety measures 2004. [Internet], disponible en <http://www.un.org/News/Press/docs/2004/sag296.doc.htm>
- (86) EDDLESTON, M. Patterns and problems of deliberate self-poisoning in the developing world. *QJM, Quart. J. Med.*, v.93, n.11, p.715-731, 2000.
- (87) IPCS News. The Newsletter of the International Programme on Chemical Safety 1993; issue 3:1-8. Disponible en <http://www.who.int/entity/ipcs/publications/newsletters/en/03.pdf>
- (88) HASHIM, S.; RAHIM, D.A.; ALI, R. Surveillance of pesticide poisoning by the Ministry of Health, 1997-2000. *NCD Malaysia*, v.1, p.4-7, 2002.
- (89) Leibson T, Lifshitz M. Organophosphate and Carbamate Poisoning: Review of the Current Literature and Summary of Clinical and Laboratory Experience in Southern Israel. *Toxicol* [Internet] 2008 [Consultado 24 dic 2023]. Disponible en <https://www.ima.org.il/filesupload/imaj/0/44/22327.pdf>
- (90) ECOBICHON, D.J. Toxic effects of pesticides. In: KLAASSEN, C. D. (Ed.). *Casarett and Doull's Toxicology – the basic science of poisons*. 6.ed. New York: Mc Graw-Hill, 2001. p.763-810.
- (91) FISHEL, F.; ANDRE, P. Pesticide poisoning symptoms and first aid. *MU Guide*, University of Missouri 2002. Disponível em: <http://muextension.missouri.edu/explorepdf/agguides/agengin/G01915.pdf>

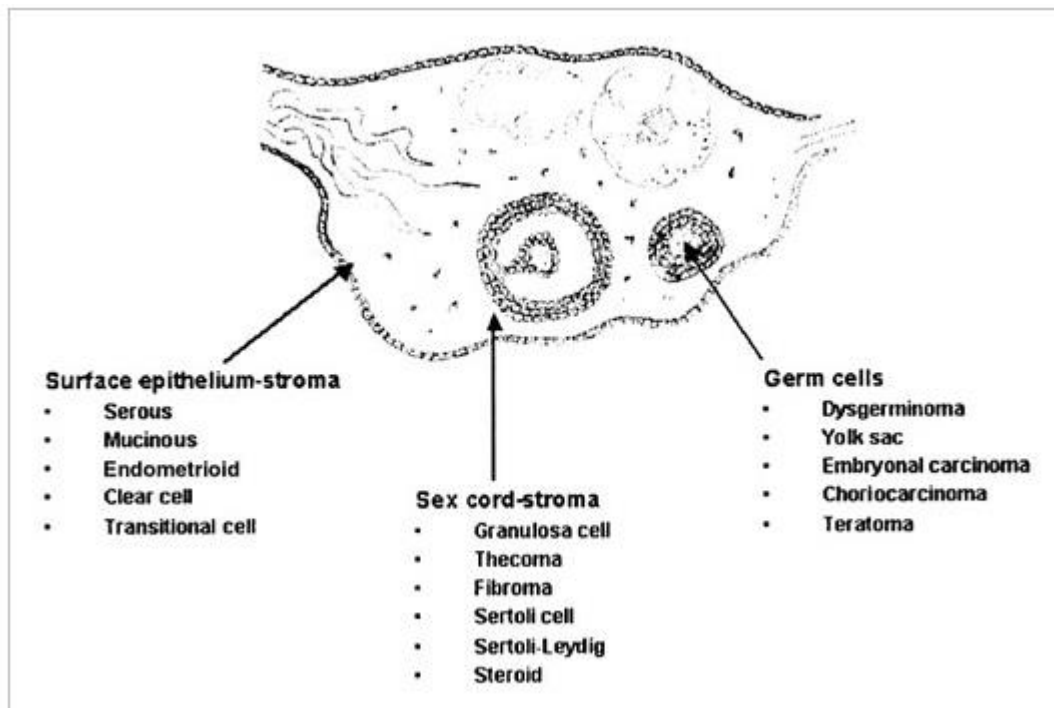
- (92) Lifshitz M, Rotenberg M, Sofer S, et al. Carbamate poisoning and oxime treatment in children: a clinical and laboratory study. *Pediatrics* 1994;93(4):652–5.

ANEXOS

ANEXO 01. ESTADIFICACIÓN DE LOS QUISTES

ETAPA	Aspecto ecográfico según la clasificación OMS-IWGE
CL	Quiste uniloculado anecogénico, sin ecos ni sepsis interna
CE 1	Quiste anecogénico, con finos ecos en su interior, que representa la arena hidática - quiste activo
CE 2	Quiste con múltiples tabiques en el interior, lo que le da un aspecto multivesicular o aspecto de "panal", con un quiste primario uniloculado - quiste activo
CE 3	Quiste uniloculado con membrana proligérea decolada ("signo nenúfar") (CE3a) o vesículas hijas que asocian imágenes hipo/hiperecogénicas (CE3b) - quiste en fase de transición
CE 4	Quiste con contenido mixto, hipo/hiperecogénico, sin vesículas hijas - quiste de aspecto "lana" en fase degenerativa
CE 5	Quiste con pared parcial o totalmente calcificada - quiste inactivo

ANEXO 02. Orígenes de los tres tipos principales de tumores de ovario.



Anexo 03. Características clínicas de la meningitis tuberculosa en niños y adultos

	Síntomas	Hallazgos clínicos
Niños	Los primeros síntomas son inespecíficos e incluyen fiebre, tos, vómitos, malestar general y pérdida de peso	Apatía, irritabilidad, disminución del nivel de conciencia, fontanela anterior abultada (lactantes), parálisis de los VI pares craneales, atrofia óptica,
	Duración de los síntomas >6 días Las convulsiones son más comunes en niños que en adultos	movimientos anormales y signos neurológicos focales, por ejemplo, hemiplejia
Adultos	Período prodrómico con fiebre baja, malestar general, pérdida de peso seguida de cefalea de aparición gradual (1-2 semanas). Empeoramiento del dolor de cabeza, vómitos, confusión, coma	Rigidez del cuello, confusión, coma Parálisis de los nervios craneales: VI, III, IV Signos neurológicos focales, p. ej., monoplejia, hemiplejia, paraplejia
	Duración de los síntomas ≥6 días	Retención urinaria

Anexo 04. Evidencia de atención en cirugía

