

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN LOS
HOSPITALES MARÍA AUXILIADORA Y DE EMERGENCIA DE
VILLA EL SALVADOR 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

**MELISSA SÁNCHEZ ORDOÑEZ
ALHELI VILLACORTA AYVAR**

ASESOR

ROCÍO DEL ROSARIO RAMOS MIRAVAL

LIMA- PERÚ

2023



**Reconocimiento
CC BY**

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN LOS HOSPITALES
MARÍA AUXILIADORA Y DE EMERGENCIA DE VILLA EL
SALVADOR 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
MELISSA SÁNCHEZ ORDOÑEZ
ALHELI VILLACORTA AYVAR**

**ASESOR
ME. ROCÍO DEL ROSARIO RAMOS MIRAVAL**

**LIMA, PERÚ
2023**

JURADO

Presidente: Dra. Karim Elizabeth Ugarte Rjavinsky

Miembro: Dra. Cynthia Legna Huby Muñoz

Miembro: Dr. Maria Elena Castro Vallejo

DEDICATORIA

A mis padres, quienes, gracias a su amor y sacrificio, me guiaron por el camino del esfuerzo y constancia pudiendo así encarar todas las adversidades que se presentaron durante mis estudios.

A mis abuelos, los que me han acompañado en este proceso de todas las maneras posibles, sin ellos no lo hubiera logrado.

Y, muy especialmente, a mi hermana quien me apoyó en los momentos difíciles dándome siempre palabras de aliento y cariño para así lograr mi objetivo.

Melissa Lucía Sánchez Ordoñez

DEDICATORIA

A los amores de mi vida, mis padres y mis hermanas, por ustedes soy y por ustedes seré. Son mi pilar y apoyo incondicional en cualquier camino que decida tomar en la vida, la cual sin ustedes sería gris, los amo mucho.

Agradecer también a mis demás familiares y amigos, por la preocupación y motivación constante que siempre me recarga y da fuerzas para seguir en búsqueda de la superación personal.

Por último, no olvidaré mencionar a las personas y docentes que con la mejor disposición, ganas y paciencia aportaron en mi desarrollo.

Gracias a cada uno de ustedes por, día a día, ayudarme a ser mejor persona y profesional.

Alheli Elena Villacorta Ayvar

ÍNDICE

	Págs.
ÍNDICE	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	37
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	38
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	64
CONCLUSIONES	67
RECOMENDACIONES	69
FUENTES DE INFORMACIÓN	70

RESUMEN

El internado médico se cursa en el séptimo año de la carrera de Medicina Humana, considerada una de las más importantes etapas del estudiante, ya que permite demostrar y plasmar todos los conocimientos, capacidades y habilidades adquiridas a través de los años, siempre guiados por nuestros tutores y médicos a cargo de las diferentes salas por las que rotamos. Nos enfrentamos a estas prácticas con la finalidad de pulir y aportar los últimos detalles en la formación del alumno para ejercer su profesión de médico de manera eficiente, integrando el conocimiento teórico-práctico adquirido durante los años previos. Este trabajo de tipo retrospectivo se compone de la presentación de 16 casos clínicos, seleccionados a criterio de ambas autoras, recolectado de las 4 rotaciones por los servicios de Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía general/Traumatología y Pediatría del Hospital de tanto el Hospital María Auxiliadora como del Hospital Emergencias Villa El Salvador durante las fechas de junio de 2022 a marzo de 2023, identificando las limitaciones que se presentaron durante el desarrollo de esos casos, elaborando recomendaciones para mejorar o eliminar dichas limitaciones. La pandemia del COVID-19 obligó a modificar el desarrollo habitual del internado, tanto en duración como estructura, adaptándolo a las restricciones por la pandemia.

Palabras clave: Casos clínicos, rotaciones, hospital. Internado médico

ABSTRACT

The Medical Internship is completed in the seventh and last year of the Human Medicine career, considered one of the most important stages of the student of said career, since it allows demonstrating and putting into practice all the knowledge, abilities and skills acquired during the previous years of study, always guided by our tutors and doctors in charge of the different specialities through which we rotated. We face these practices in order to polish and provide the last details in the student's training to start practicing this profession as a doctor efficiently, integrating the theoretical-practical knowledge acquired during previous years. This retrospective work consists of the presentation of 16 clinical cases, selected at the discretion of both authors, collected from the 4 rotations of the services of Gynecology and Obstetrics, Internal Medicine, General Surgery - Traumatology and Pediatrics of the Hospital Maria Auxiliadora and from the Villa El Salvador Emergency Hospital during the period from June 2022 to March 2023, identifying the limitations that arose during the development of those cases, making recommendations to improve or eliminate said limitations. The COVID 19 pandemic made it necessary to modify the usual development of the internship both in duration and structure, adapting it to the restrictions due to said pandemic.

Keywords: Clinical cases, rotations, hospital. medical internship

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN LOS HOSPITALES MARÍA AUXILIADO
RA Y DE EMERGENCIA DE VILLA EL SAL**

AUTOR

MELISSA SÁNCHEZ ORDOÑEZ

RECuento DE PALABRAS

20596 Words

RECuento DE CARACTERES

114845 Characters

RECuento DE PÁGINAS

82 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

4.0MB

FECHA DE ENTREGA

Apr 12, 2023 9:55 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 12, 2023 9:58 AM GMT-5

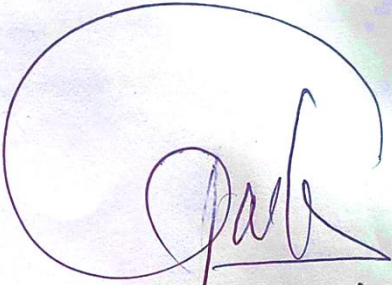
● **7% de similitud general**

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

- 7% 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 bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)



Dra. Rocio Ramos Miraval
GASTROENTEROLOGÍA
CMP. 31165 RNE 16471

ME. Rocio Ramos Miraval

Asesor

ORCID:<https://orcid.org/0009-0004-7573-4962>

INTRODUCCIÓN

El área de salud actualmente está viviendo un periodo posterior a la pandemia del COVID-19, si bien aún no se ha determinado de manera oficial el fin de la pandemia para pasar al estado de endemia, ya estamos viviendo ese periodo. Durante esta, se evidenció las carencias que nuestro sistema de salud presentaba, como el no tener planes de contingencia en el Primer Nivel de Atención de Salud, así mismo, la total falta de infraestructura para atender los requerimientos de la población, así como la escasez de recursos humanos en toda la cadena de la salud.

Luego de pasar este periodo con resultados dramáticos para la población y la salud del país, se entró a un periodo de tensa calma en lo relacionado a las muertes por el COVID -19, pero a continuación se tuvo que retomar las atenciones de las enfermedades que fueron dejadas de lado por la presencia de la pandemia.

Habría que mencionar como parte del marco en el cual se inició el internado, que durante el inicio de la pandemia del COVID-19, se restringieron las labores de los internos de medicina, pues no se podía garantizar su salud si se continuaba la atención normal en los hospitales; pero, posteriormente, se dispuso su reanudación. El internado es un periodo previo y obligatorio para obtener el título de Médico Cirujano y poder seguir con el servicio rural urbano marginal de salud.

El periodo del internado médico actualmente es de 10 meses divididos para nuestro caso en 5 meses en un centro de salud y 5 en un centro hospitalario. Las instituciones de salud ofertan plazas de internado a las diferentes universidades, según las necesidades y el número de estudiantes de medicina. Cada universidad dispone de un mecanismo de distribución de las plazas, que generalmente es por orden de mérito

Bajo ese contexto y luego de varios meses es que iniciamos el internado de medicina humana en el Hospital General María Auxiliadora y el Hospital de Emergencias Villa El Salvador respectivamente.

El primero es de nivel III-I y fue inaugurado el 3 de diciembre de 1973, del cual el interno es participe de varios casos clínicos, lo que permite integrar y

consolidar el entendimiento de las distintas materias de la carrera estudiadas años previos, también mejorar la pericia en la realización de procedimientos médico quirúrgicos, así como la toma conocimiento de las interacciones con otros profesionales, técnicos de la salud, personal administrativo, de servicios, pacientes y familiares en un ambiente hospitalario; el segundo hospital mencionado, fue inaugurado el 7 de abril de 2016, es de nivel II-2, de referencias en la zona perteneciente a la Diris Lima-sur, es relativamente nuevo en la formación de internos; por lo tanto, presentan características diferentes en infraestructura, protocolos, estandarización de procedimientos, facilidades diagnósticas y plana docente a diferencia de otros más antiguos. En este hospital el interno se desenvuelve de manera activa bajo la supervisión constante de un médico asistente y/o residente, se responsabilizan por el cuidado de sus pacientes a cargo, para así adquirir experiencia en las áreas clínico, quirúrgicas, administrativa y social.

Por lo tanto, el presente informe de suficiencia profesional tiene como principal propósito identificar la problemática para el desarrollo de las actividades de los internos con la nueva normativa donde es más reciente la implementación de las actividades de internado; así mismo, exponer nuestras experiencias, la revisión y análisis de casos clínicos que nos brindó el internado en tanto el Hospital General María Auxiliadora como el Hospital de Emergencias de Villa El Salvador comprendido en el periodo junio 2022 a marzo 2023.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado es la etapa final de la larga carrera de medicina en donde se realizan prácticas preprofesionales. El último año de la carrera es el momento en el cual se aplica toda la teoría aprendida a través de los 5 años de estudios previos.

El internado se puede desarrollar tanto en sedes hospitalarias como en centros de salud, en ambos se aprenden cosas muy diferentes; por ejemplo, en los centros de salud se refuerzan el diagnóstico y tratamiento de los casos más comunes que veremos en el primer nivel de atención y especialmente sirve como práctica para el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud. Los temas más frecuentes que se ven durante esta rotación son rinofaringitis, asma, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, hipertiroidismo, y además participamos de actividades de promoción y prevención de la salud como charlas educativas a la población y trabajo de campo. Asimismo, pudimos rotar por las diferentes áreas, aparte de medicina en los centros de salud como CRED, PROCED, PCT, Obstetricia, Nutrición, Radiología, Ecografía, programa de enfermedades de transmisión sexual, inmunizaciones.

En cambio, en el hospital tuvimos la oportunidad de ver casos más complejos, que no se podían manejar en el centro de salud ya sea por falta de tecnología, o especialistas, los cuales nos ayudaron a poner en práctica toda la teoría que habíamos visto en los años virtuales que no pudimos rotar por hospitales debido a la pandemia. Se rotan por 4 áreas principales, las cuales son Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Cirugía general y Medicina interna.

A continuación, presentaremos 4 casos clínicos por cada rotación:

1.1 Casos clínicos de Ginecología y Obstetricia:

Con respecto a la rotación de Ginecología y Obstetricia, en el hospital General María Auxiliadora se dividía en: centro obstétrico, donde con ayuda de las residentes y obstetras pudimos aprender a atender partos y hacer partogramas, luego pasamos a hospitalización que se subdividía en puerperio patológico, no patológico y ginecología, donde vimos diferentes tipo de casos, entre los más frecuentes se encontraba la enfermedad hipertensiva del embarazo, leiomiomas uterinos, distopias urogenitales, amenaza de aborto,

pielonefritis en gestantes, endometriosis, y por ultimo rotamos por emergencia de ginecología donde aprendimos actuar de manera eficaz. A continuación, presentaré los siguientes casos, que han sido los más comunes que vimos durante nuestra rotación:

Caso clínico n.º 1: Sangrado uterino anormal

Paciente con siglas PLDE, tercigesta de 32 años. Acude a consultorio externo de ginecología refiriendo inicio de cuadro hace 3 meses caracterizado por sangrado vaginal abundante asociado a cefalea en región frontal y vértigo no asociado a tinnitus.

Como antecedente: Paciente es G3 P3003. Cesareada anterior 3 veces

Al examen físico: Piel con palidez ++/+++, aparato cardiovascular y aparato respiratorio sin modificaciones, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes.

En la ecografía transvaginal se halló útero de 210x167x116mm, bordes irregulares, paredes heterogéneo, línea endometrial no evaluable. En miometrio, paredes asimétricas, zona de unión irregular e interrumpida, se observa múltiples focos endometriales en pared de endometrio, signo de abanico. En donde concluyen en impresión diagnóstica ecográfica: adenomiosis difusa.

La analítica laboratorial mostró hemoglobina: 7.0 mg/dl, hematocrito: 25 %, VCM: 61,2.

Por lo que los diagnósticos fueron:

1. Sangrado uterino anormal: adenomiosis
2. Anemia
3. Cesárea anterior 3 veces

Plan de trabajo: Realizar pruebas cruzadas de sangre y transfundir 2 paquetes globulares, control de hemoglobina y hematocrito post transfusión, y programar para cirugía electiva (HAT+SOD). Hallazgos operatorios: útero de 9 cm y un mioma cervical gigante de 25 cm adherido a región Fosa Iliaca Izquierdo, con compromiso retroperitoneal con ligamento ancho, de difícil acceso. Además, durante la intervención quirúrgica se le transfundieron 03 paquetes globulares más. Los exámenes de laboratorio control evidenciaron hemoglobina en 8.9 g/dl. Se indicó tramadol 100mg endovenoso cada 8 horas,

ceftriaxona 2gr endovenosa cada 24 horas y clindamicina 600 mg endovenoso cada 8 horas, hierro sacarato. Posteriormente, se le dio el alta.

Caso clínico n.º 2: Hiperémesis gravídica

Paciente M.S.Z, mujer de 29 años, primigesta, en la semana 10 de embarazo, acudió al servicio de urgencias obstétricas refiriendo náuseas y vómitos persistentes desde hace 2 semanas, con disminución progresiva de la tolerancia oral de sólidos y líquidos. Había perdido 4 kg de peso en ese tiempo y se sentía débil y fatigada. No tenía antecedentes médicos significativos.

Examen físico: La paciente se encontraba pálida y deshidratada. Presentaba: PA:90/50mmHg FC: 110 x min. Abdomen blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no se palpaban masas, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no resistencia muscular, signo de rebote negativo.

Examen de laboratorio: AGA: ph: 7,30, HCO₃:20 mEq/L, potasio: 3.2 mEq/L, sodio: 130 mEq/L.

Diagnósticos finales:

1. Hiperémesis gravídica.
2. Trastorno ácido base: Acidosis metabólica
3. Trastorno hidroelectrolítico

La paciente fue hospitalizada por intolerancia oral a sólidos y líquidos, deshidratación, con escala de PUQE 9 puntos. Se le administró hidratación parenteral y reto de potasio para corregir el medio interno. También se prescribieron medicamentos antieméticos endovenosos. Al presentar mejoría con el tratamiento instaurado, se le dio el alta a las 24 horas, se le aconsejó evitar comidas pesadas y grasas, así como comer pequeñas porciones de comida de manera frecuente.

Caso Clínico n.º 3: RCIU

Paciente, mujer de 39 años, tercigesta de 33 semanas 4 días ingresa por emergencia el 25/10/22 referida de consultorio externo por embarazo pretérmino y restricción del crecimiento intrauterino. Niega contracciones uterinas, niega pérdida de líquido amniótico, niega sangrado vaginal, percibe

movimientos del feto. Paciente refiere que hace 7 días presenta rinorrea, tos, expectoración verdosa y malestar general.

Como antecedentes: G3 P2002, cesárea anterior 2 veces por pelvis estrecha (2003 y 2011). Actualmente cuenta con CPN 03, solo cuenta con 1 ecografía de II trimestre realizada por obstetra. Patológicos: Asma bronquial con última crisis hace 1 mes.

Al examen físico: Presión Arterial: 116/75mmHg Frecuencia Cardiaca: 85 latidos por minuto. Frecuencia Respiratoria: 18 x min Temperatura 36.5°C, Saturación 98%. En aparente regular estado general, de nutrición e hidratación. Abdomen: Altura Uterina: 27cm, SPP: LCI, LCF: 138lpm, Dinamica Uterina: ausente, Movimientos Fetales: (++) . Genitourinario: Tacto vaginal diferido. No sangrado vaginal, no pérdida de líquido. Resto del examen físico conservado, sin alteraciones

Diagnósticos presuntivos:

- Tercigesta de 33 semanas 4 días x ECO IIT
- Descartar RCIU
- Cesárea anterior 2 veces

Plan de trabajo: Se hospitaliza a la paciente en alto riesgo obstétrico para maduración pulmonar y evaluar término de gestación. Se solicitaron exámenes laboratoriales. Además, I/C a neumología para control de asma y a cardiología para riesgo quirúrgico, adiciionalmente I/C a UCI neonatal.

En los exámenes de laboratorio, se encontró Hb 10.8, Leucocitos 8 230, Plaquetas 403 000, Urea 10, Creatinina 0.42, Glucosa 91. Examen de orina: no patológico.

Se evidencia anemia leve inducida por la gestación, resto de exámenes sin alteraciones al momento.

Ecografías:

- ECOGRAFIA DOPPLER PREVIO POR CONSULTA EXTERNA (17/10/22):

LCI - PF: 1309 gr - P. Corporal Anterior II - ILA: 198 MM - DOPPLER: IP AU: 0.73 - IP ACM: 2.23 - IP DV: 1.05 - GUA 33ss 1d X ECO IIT/ crecimiento fetal menor P3 / DOPPLER adecuado para edad gestacional / PBF: 8/8

- ECOGRAFÍA DOPPLER INGRESO (25/10/22): LCI - PF: 1422 gr – Placenta Corporal Anterior III - ILA: 34 MM - DOPPLER: IP ACM: 1.01 - IP UMB: 0.78 // Gestación Única Activa 35ss 1d x ECO IT - Pequeño para edad gestacional: RCIU tipo II

- ULTIMA ECOGRAFÍA DOPPLER (26/10/22): LCI - PF: 1479 gr - Placenta fúndica III - PVM: 49 MM - DOPPLER: IP AU: 0.91 (P48) - IP ACM: 1.68 (P41) - ICP. 1.84 (P31) // Gestación única activa DE 36 ss X ECO IIT - RCIU tipo II

Interconsulta a Neumología: Se hayan sibilantes espiratorios difusos bilaterales, roncus difusos

Impresión diagnóstica:

- Bronquitis aguda
- Asma no controlada
- Descartar Tuberculosis pulmonar (alejado)

Iniciar: Cefuroxima 500mg cada 12 horas por 5 días, Salmeterol fluticasona 25/125 2 puff cada 12 horas (permanente), Bromuro de ipratropio 20ug 2 puff cada 8 horas (permanente), Salbutamol 100ug 2 puff cada 8 horas (retirar de acuerdo con respuesta clínica), Hidrocortisona 100mg cada 8 horas endovenoso pre y post sala de operaciones (de considerar sop de emergencias), Se solicita radiografía de tórax, baciloscopia de esputo seriada y por último reevaluación a solicitud.

Interconsulta a cardiología: Se encontró: HB >11 G/DL previo a la cesárea, evaluación por neumología previo a la operación.

Interconsulta UCI Neonatal: No se cuenta con cupo en UCI neonatal, se sugiere realizar referencia a centro de mayor complejidad.

Diagnósticos finales

1. Tercigesta de 33 semanas 4 días x ECO IITrimestre

2. RCIU Tardío
3. Cesárea anterior 2 veces

Tratamiento: Dieta completa + LAV, vía salinizada, betametasona 12 Miligramos Intramuscular c/24horas, dos dosis, cefuroxima 500 miligramos vía oral c/12h por 5 días, Salmeterol / Fluticasona 25/125 -> 2 puff cada 12 horas, Bromuro de ipratropio 20 ug -> 2 puff cada 8 horas, Salbutamol 100 ug -> 2 puff PRN crisis asmática, Hidrocortisona 100 mg EV cada 8 horas (Pre SOP y Post SOP), CO (DU + LCF), CFV, Vigilar signos de alarma, comunicar ante cualquier eventualidad.

Seguimiento: La paciente cumplió las 2 dosis de maduración pulmonar y se encontró hospitalizada en área de alto riesgo obstétrico hasta cumplir las 34 semanas, programando cesárea electiva y obteniendo RN femenino de 1453 g, Apgar 7-9. Se realizó BK en esputo seriado obteniendo resultados negativos.

Caso n.º 4: Preeclampsia Severa

Paciente, femenina de 38 años, primigesta refiere cefalea y malestar abdominal persistente desde hace 2 días, motivo por el cual acude por consultorio externo de ginecología (PA:144/90mmHg), es evaluada y transferida al área de emergencia para monitorizar la presión arterial elevada. Funciones biológicas: dentro de los parámetros no patológicos.

Antecedentes ginecológicos: Menarquia 12 años, RC 6/28, FUR: no confiable, G1 P 1001, CPN 05, patológicos y familiares niega.

Al examen físico se encontró: FV: Presión Arterial 144/90mmHg Frecuencia Cardíaca 70 Frecuencia Respiratoria 17, Temperatura 36.4 °C, Saturación 98 %. Piel y mucosas: Piel hidratada, mucosas húmedas, llenado capilar <2 segundos, TCSC: No se evidencian edemas. Linfático sin alteraciones. Aparato respiratorio y cardiovascular conservados y sin alteraciones. Exploración abdomen: Blando, depresible, útero contraído a nivel de cicatriz umbilical. En genitourinario se hallaron loquios hemáticos escasos. Neurológico despierta LOTEPE Glasgow 15.

La paciente es programada para cesárea de emergencia a las 37 semanas 4

días de gestación (sangrado Intra SOP 700 cc) y desgarro de histerorrafia derecha por lo que pasa a alto riesgo obstétrico. Durante su estancia hospitalaria presenta elevación de forma progresiva de transaminasas hepáticas.

Diagnostico presuntivos:

- Trastorno hipertensivo del embarazo: preeclampsia descartar criterios de severidad
- PO2 cesárea por THE + pélvis estrecha
- Anemia moderada
- Descartar hígado graso

Plan de trabajo: Perfil de preeclampsia, control de presión arterial, antihipertensivos orales.

Interpretación de resultados de laboratorio:

- 05/10/2022: HB: 9.70 | LEU: 13000 | PLAQ: 868000 | TGO: 524 | TGP: 262
- 04/10/2022: HB: 9.10 GR /DL LEU: 13580 PLAQ: 776 000 TGO: 749 TGP: 290 LDH: 367
- 03/10/2022: HB: 8.8 GR /DL LEU: 12320 PLAQ: 713 000 TGO: 767 TGP: 246 LDH: 415
- 02/10/2022: 2pm HB: 8.6 GR /DL LEU: 13550 PLAQ: 647 000 TGO: 815 TGP: 247 LDH: 485
- 02/10/2022: 6am HB: 8.9 GR /DL LEU: 13690 PLAQ:619 000 TGO: 473 TGP: 134
- 01/10/2022: HB: 9.1 GR /DL LEU: 16200 PLAQ:581 100 TGO: 287 TGP: 78
- 30/09/2022: HB: 9.3 GR /DL LEU: 17990 PLAQ:544 100 TGO: 199 TGP: 61

Se evidencia anemia moderada ocasionada por la gestación, leucocitosis marcada en el puerperio inmediato que posteriormente remite y enzimas hepáticas más del doble del valor normal, evidenciando daño hepático como criterio de severidad.

Diagnósticos:

1. THE: Preeclampsia severa con disfunción hepática
2. PO 2 cesárea por THE + pelvis estrecha
3. Anemia moderada
4. Hígado graso: transaminasas elevadas

Tratamiento: Nacl 0.9 % 250 cc + hierro sacarato 2 ampoyas pasar en 2 horas. Metildopa 500 via oral cada 12 horas, tramadol 50 mg endovenoso condicional a dolor, nifedipino 10 via oral condicional a presión arterial \geq 160/110 mmHg, registro de presión arterial cada 4 horas, CFV + OSA

Seguimiento: Paciente después de 1 semana en hospitalización de alto riesgo obstétrico, normaliza presión arterial 111/68mmHg con tratamiento antihipertensivo y se evidencia descenso de transaminasas por lo que se va de alta con indicaciones de acudir a consultorio externo de ginecología y cardiología en 1 semana, así como la indicación de monitoreo estricto de presiones arteriales en casa 3 veces al día.

1.2 Casos clínicos en la rotación de Cirugía y Traumatología:

La rotación de Cirugía consistió en: Cirugía general, tanto hospitalización como tópico, Traumatología, igualmente hospitalización y tópico, Neurocirugía, Urología, Cirugía Plástica. Se tuvo diversas oportunidades para entrar a sala de operaciones, lo que para muchos de nosotros fue la primera vez por la virtualidad que hicimos nuestros estudios. En esta rotación, se tuvo la oportunidad de rotar por varias especialidades y aprender varias técnicas de dichas especialidades.

Caso clínico n.º 1: Colecistitis aguda calculosa

Paciente femenino de 62 años con las iniciales L.C.G.R, jubilada, con secundaria incompleta procedente de Lima, presenta dolor en epigastrio y mesogastrio de tipo cólico (9/10) irradiado a hipocondrio derecho e izquierdo y región lumbar, no se encontró modificación del dolor relacionados a los

cambios de posición, este cuadro se asocia a 5 deposiciones ocasionales, de color amarillento, olor fétido, sin moco ni sangre en las heces, también se agrega 6 episodios de vómitos abundantes de color blanquecino y aspecto espumoso. Refiere sed incrementada, apetito disminuido e incremento en la frecuencia de deposiciones, resto de funciones biológicas sin alteraciones. Niega patologías previas y hospitalizaciones.

Al examen físico: Frecuencia Cardíaca 65 lpm, Presión Arterial 130/80 mmHg, Frecuencia respiratoria 24 rpm, SatO₂ 98% y Temperatura 38°C. Antropometría: peso 67 kg, talla 155 cm e IMC 27.88, se observa ligera palidez. En el examen pulmonar: amplexación disminuida, movimientos respiratorios superficiales, matidez en área cardíaca, Murmullo vesicular pasa disminuido en ambos campos pulmonares. En el examen cardiovascular se percibe choque de punta del corazón en 6to espacio intercostal izquierdo. Ruidos cardíacos ritmicos de buena intensidad. No soplos. Al examen abdominal se observa abdomen globuloso, a la auscultación RHA aumentados, a la percusión se encontraba timpánico. A la palpación abdomen depresible, doloroso en hipocondrio derecho y epigastrio (EVA 3/4) y signo de Murphy +. Examen genitourinario: puño percusión lumbar (-) y puntos renoureterales (-). Paciente portador de sonda vesical.

Diagnósticos presuntivos:

- Síndrome doloroso abdominal
- Diarrea aguda acuosa
- Síndrome emético
- Descartar colecistitis aguda
- Descartar colelitiasis
- Descartar Pancreatitis
- Descartar Colangitis

Diagnóstico nutricional: Sobrepeso

Se solicitan exámenes auxiliares obteniendo los siguientes resultados: Leucocitos 15.72, neutrófilos 13.67, Hb 13.9 g/dl, VCM: 91.6 Fl, HCM 30.5 g/dl (-), CHCM 33.3 g/dl, plaquetas 326.000 g/dl, BUN 15, urea 33 mg/dl, creatinina 0.67 mg/dl, glucosa basal 113 mg/dl, AST 23, ALT 41, fosfatasa alcalina 122,

lipasa 30 U/L, amilasa 93U/L, TTP 37 segundos TP 15 segundos, INR: 1.5. En la ecografía abdominal se observa una vesícula de paredes engrosadas de 5 mm, regulares, en su interior se pueden observar múltiples cálculos móviles que proyectan SAP, sin dilatación de vías biliares.

Diagnóstico:

1. Colecistitis aguda calculosa
2. Sobrepeso.

Se decide hospitalizar al paciente, colocarlo en NPO y poner vías EV. Con el fin de controlar el dolor se da ketorolaco 50 mg vía endovenosa y para la profilaxis antibiótica se prescribe ertapenem 1 g endovenosa cada 24 horas . Se solicitan el resto de los exámenes prequirúrgicos, a fin de programar a la paciente a una colecistectomía para la resolución de su cuadro.

Caso Clínico n.º 2: Apendicitis aguda

Paciente de 19 años con las iniciales L.A.G.C, estudiante con secundaria completa, procedente de Lima, Chorrillos; acude a nosocomio. Refiere que desde hace 1 día presenta dolor abdominal que inicia en mesogastrio que se irradia a fosa iliaca derecha de intensidad 9/10, asociado a varios episodios de vómitos, y fiebre cuantificada en 38°C, niega deposiciones y elimina flatos. Al no calmar el dolor decidió acudir al Servicio de Urgencias. Funciones biológicas: incremento de sed y disminución en la frecuencia de las deposiciones, niega alteraciones en el resto de las funciones. Niega patologías y hospitalizaciones previas.

Al examen físico presenta una FC de 114 lpm, PA 115/82 mmHg, FR 20 rpm, SatO2 99 % y temperatura 38.7 °C. Se encuentra orientado, alerta, pupilas isocóricas, fotorreactivas. Piel turgente, hidratada, elástica, llenado capilar <2 segundos con ligera palidez. TCSC sin edema ni linfadenopatias. A nivel pulmonar y cardiovascular sin alteraciones. En el examen abdominal, el abdomen se observa poco depresible, con resistencia muscular involuntaria, doloroso a palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha, signo de Blumberg positivo y ruidos hidroaéreos disminuidos.

Se plantean los siguientes diagnósticos

- Síndrome doloroso abdominal
- Síndrome obstructivo intestinal
- Síndrome emético
- Síndrome febril
- Descartar apendicitis aguda complicada
- Descartar Vólvulo intestinal
- Descartar Hernia inguinal encarcelada

Se solicitan los siguientes exámenes obteniendo los siguientes resultados. Hemoglobina de 13 g/dl, hematocrito 40.5 %, leucocitos 15.300, plaquetas 390.000 y PCR 35 mg/dl. En la ecografía abdominal se observa proceso inflamatorio a nivel del apéndice. El diagnóstico final es el de apendicitis aguda. Se hospitaliza al paciente y se prepara para cirugía, se le coloca dextrosa 5 % 1000 cc+ 2 ampollas NaCl 20 % + 1 ampolla de KCl 20 %, metamizol 20 mg/kg EV, así como, cefazolina 2g IV + metronidazol 500 mg IV (30 minutos antes de la inducción anestésica) con el fin de disminuir la infección de la herida operatoria y la probabilidad de aparición de un absceso intraabdominal postoperatorio. Con los resultados de los exámenes prequirúrgicos se procede a realizar apendicectomía laparoscópica.

Caso clínico n.º 3: Síndrome compartimental y fractura de plateu tibial Schatzker V.

Paciente, masculino de 40 años, ingresa en camilla acompañado de personal de bombero, quien refiere que hace 1 hora sufre accidente de tránsito como piloto de moto lineal, golpean la moto del lado izquierdo, lo que ocasiona caída hacia la derecha golpeándose la cabeza y miembro inferior derecho. Refiere no pérdida de consciencia ni náuseas o vómitos. Presenta dolor abdominal con inicio súbito, curso progresivo, como síntoma principal

Funciones biológicas: conservadas, no alteradas.

Antecedentes generales: Vive solo en un cuarto de material noble, el cual cuenta con todos los servicios básicos. Niega viajes recientes. Niega consumo de tabaco y drogas. Consumo de alcohol de forma social. Patológicos:

Patologías: niega. Hospitalizaciones previas: niega.

Al examen físico: Frecuencia Cardíaca 80 lpm, Presión Arterial: 110/70 mmHg

Frecuencia Respiratoria: 20 rpm SatO₂: 97 % Temperatura: 37.1 °C

Aspecto general: Orientado, alerta. Posición decúbito supino, adolorido.

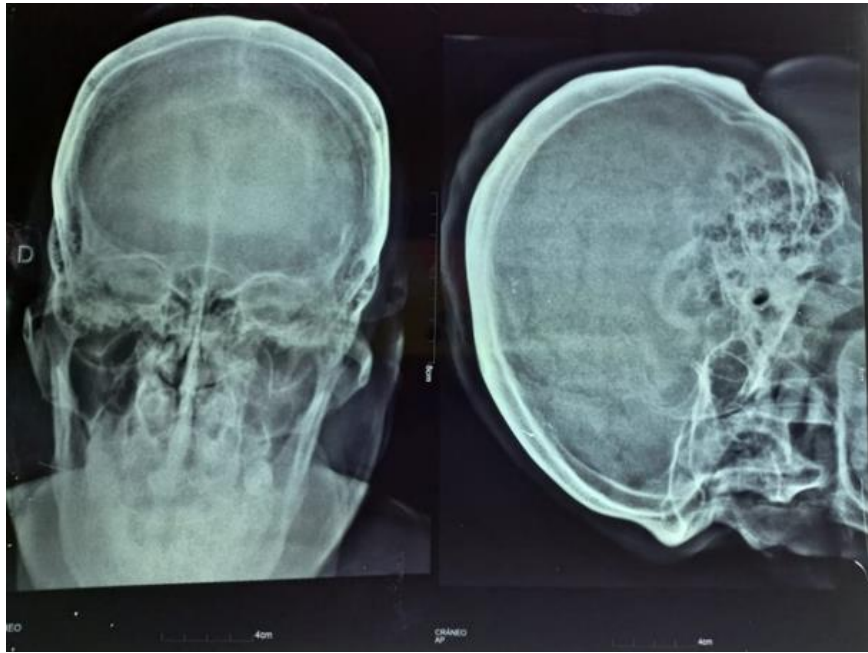
Cabeza: solución de continuidad de 6 cm en arco supraocular izquierdo de bordes regulares, no pérdida de sustancia. Piel: Turgente, hidratada, elástica, llenado capilar <2 segundos. TCSC: No edema. No linfadenopatías. Tórax, pulmones, cardiovascular y abdomen sin alteraciones. Abdomen no distendido, ruidos hidroaéreos (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación, no signos de trauma. Neurológico: LOTEPE. EG: 15/15. Pupilas centradas, isocóricas, fotorreactivas. Soma: dolor a la palpación en muslo derecho, no hematoma, no deformidad, no limitación funcional.

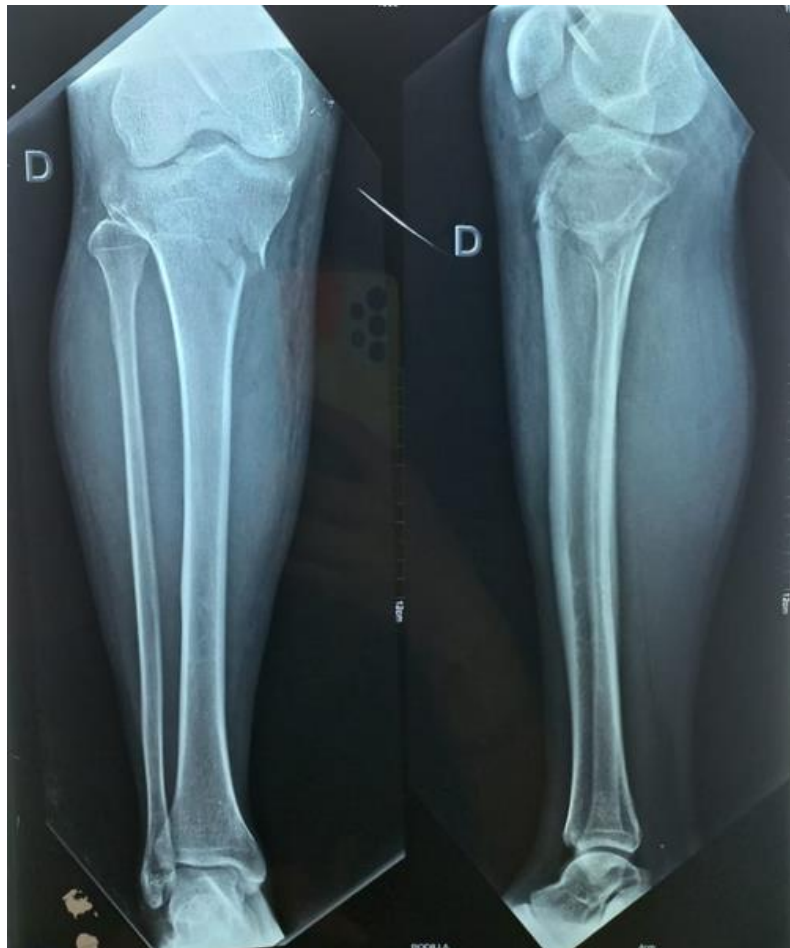
Diagnósticos presuntivos:

- Contusión craneal: herida contusa.
- Contusión de miembro inferior derecho.
- Descartar fractura de fémur.

Plan de trabajo: Analgesia + Antibiótico, Limpieza + sutura de herida, Interconsulta a traumatología, Interconsulta a neurocirugía. Se solicita exámenes laboratoriales prequirúrgicos, Radiografía craneal, cervical, dorsolumbar y rodilla derecha.

Interpretación de resultados:





Laboratorio

Hemograma: Leucocitos: 19.09 (4.40-11.30), Hemoglobina: 14.8 (11.0-16.0), VCM: 84.4 (80-95), HCM: 29.3 (28-36), Plaquetas: 355 (150-450), Neutrófilos abastados: 954.50 (0-400), Neutrófilos segmentados: 15845 (1600-7500), Linfocitos: 1527 (1500-4500), Monocitos: 764 (200-1000)

Perfil de coagulación: Tiempo de protrombina: 13.80 (11-16.5), INR: 1.04 (0.50-1.15), Control: 13.10 segundos, Fibrinógeno: 385 (200-400), Tiempo de trombina: 16.20 (14-21), Tiempo parcial de tromboplastina: 30.40 (26-40)
bioquímica: Glucosa: 122 (75-106), Urea: 31 (< 50), Creatinina: 0.87 (0.70-1.20), Proteínas totales: 8.3 (6.4-8.3), Albúmina: 4.7 (3.5-5.2), Globulinas: 3.6 (2.0-3.5)

Interconsulta a neurocirugía: Radiografía de cráneo, cervical y dorsolumbar no impresionan fracturas ni lesiones.

-Impresión diagnóstica: policontuso + contusión craneal.

Como plan se instaura analgesia y evaluación por consultorio externo de neurocirugía

16/09/2022 a las 19:10. Paciente señala aumento de dolor y limitación funcional a nivel de rodillas junto con aumento de volumen.

Al examen físico: Miembro inferior derecho: doloroso a la palpación y movilización de moderada intensidad, equimosis a nivel de tibia proximal anterior. Excoriación en tibia proximal, aumento de tamaño en pierna sensibilidad conservada, moviliza dedos, pulsos presentes ++/+++. En radiografía de rodilla derecha: trazo de fractura a nivel de tibia proximal.

Interpretación de resultados: En pacientes policontusos es importante hacer una evaluación completa porque tras una contusión no se debe de excluir una fractura. En este caso, de preferencia pedir una radiografía cervical, craneal, dorsolumbar (una de las zonas más afectadas) y rodilla derecha por el dolor que el paciente presenta. Siempre considerar como posibilidad diagnóstica ante el aumento repentino y precoz del dolor, un síndrome compartimental.

Diagnósticos Finales

1. Síndrome compartimental en la pierna derecha.
2. Fractura de plateu tibial Schatzker V.

Tratamiento: Hospitalización, NPO, Dextrosa 5 % 1000ml + 2 ampollas NaCl 20 % + 1 ampolla de KCl 20 %, Tramadol 50 mg subcutáneo STAT, Fasciotomía descompresiva por el servicio de traumatología.

Seguimiento: Mediante control de signos vitales, observación de signos de alarma, quitar cualquier vendaje, férula, yeso u otra cubierta restrictiva, no colocar la extremidad de forma elevada, administración de analgésicos y oxígeno suplementario, evitar la hipotensión.

Caso clínico n.º4: Hernia femoral estrangulada

Paciente masculino de 65 años refiere dolor en región inguino-crural izquierdo difuso de intensidad 9/10 sin irradiación desde 2 horas previas al ingreso. Refiere que le diagnosticaron hernia femoral hace 2 meses. El dolor impide el movimiento al paciente motivo por lo cual ingresa por el servicio de emergencias. En las funciones vitales se encuentra frecuencia cardiaca: 110 lpm, presión arterial: 130/80 mmHg, frecuencia respiratoria: 18 rpm, SatO₂: 98 %, Temperatura:38.5 °C, IMC: 24.5 kg/m², Al examen físico: aparato respiratorio y cardiovascular sin alteraciones, abdomen blando, ruidos hidroaéreos disminuidos, en la región inguinal-crural se observa masa crural izquierda eritematosa, incrementada de volumen, sensible al tacto e irreductible.

Diagnóstico presuntivo:

- Síndrome doloroso inguino-crural.
- Hernia femoral estrangulada:
- Descartar adenitis inguinal.
- Descartar lipoma femoral.
- Descartar Absceso del psoas.

Plan de trabajo: solicitar hemograma completo, AGA, urea y creatinina, PCR, TGO/TGP, Bilirrubinas, Perfil de coagulación, Grupo sanguíneo y factor RH, ecografía abdominal.

Tratamiento: Hospitalización, posición Trendelenburg, NPO + SNG, colocación de vía endovenoso e hidratación, cirugía abierta con técnica de Lichtenstein, control del dolor: ketorolaco 50 mg vía endovenoso, colocación de sedante y relajante muscular.

Seguimiento: control de funciones vitales, observación de signos de alarma, balance hidroelectrolítico, controles postoperatorios.

1.3 Casos clínicos de la rotación de Pediatría:

La rotación de pediatría se divide en hospitalización del lactante, hospitalización de preescolares, tópicos de pediatría y neonatología. Es una rotación en la cual aprendes a tener paciencia y a saber interpretar las diferentes formas en la que se comunican los niños.

Caso clínico n.º 1: Enfermedad diarreica aguda

Paciente femenina de 2 meses procedente de Villa María del Triunfo, es traída por su madre quien refiere un tiempo de enfermedad de 2 días caracterizado inicialmente deposiciones semilíquidas con moco sin sangre. 1 día antes del ingreso, la madre refiere que se agregan vómitos de contenido lácteo, fiebre de 38°C. El día del ingreso realiza 3 cámaras de deposiciones líquidas abundantes y presenta Temperatura 39.5°, por lo cual acude a emergencia.

Examen físico: Aparente regular estado general, de nutrición y de hidratación, piel se encontraba tibia, hidratada, elástica, llenado capilar, Tórax y pulmones: murmullo vesicular se ausculta en ambos hemitórax, roncales difusos leves, cornaje nasal transmitido, tiraje subcostal leve, Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos (+), timpanismo aumentado a nivel de hemiabdomen superior, no impresiona dolor a la palpación Neurológico: Despierta, activa, reactiva a estímulos

Se plantea como diagnósticos:

- Síndrome febril
- Enfermedad diarreica aguda: bacteriana vs viral
- Descartar infección de tracto urinario
- Bronquiolitis

-Lactante menor.

Plan de trabajo: Se solicita hemograma, examen de orina, radiografía de tórax reacción inflamatoria en heces y se hospitaliza

Hemograma: Hemoglobina 8.8 g/dL, hematocrito 26 %, Leucocitos 15 260/ul, Abastionados 0%, Segmentados 43%, Plaquetas 449 000/ul, Examen de orina: Negativo, Reacción inflamatoria en heces: Leucocitos >100 x campo, PMN 90 x campo, MN 10 x campo, hematíes negativos

En la radiografía de tórax se evidencia atelectasia basal derecha y horizontalización de costillas. El hemograma muestra leucocitosis sin desviación izquierda y anemia moderada, y la reacción inflamatoria en heces indica una diarrea de probable etiología bacteriana. El examen de orina descarta la infección de tracto urinario como foco de la fiebre.

Diagnóstico final:

1. Enfermedad diarreica aguda
2. Bronquiolitis
3. Anemia moderada.

Tratamiento: antibioticoterapia: Ceftriaxona 480 mg endovenoso cada 24 horas por 5 días, Paracetamol 90 mg via oral condicional a fiebre, Nebulización con suero fisiológico por 4 días. La paciente presenta evolución clínica favorable, por lo cual se decide el alta luego de 4 días hospitalizada, se indica dosis de acuerdo al peso de paracetamol en caso de fiebre y limpieza de fosas nasales a demanda en casa. Se explican signos de alarma y se cita por consultorio externo de Pediatría y de Otorrinolaringología, así como se indica completar inmunizaciones

Caso clínico n.º 2: Kawasaki

Paciente femenino de 4 años con las iniciales S.P.G, procedente de Lima, llega a emergencia de este nosocomio con su progenitora, quien alude que 5 días previos al ingreso presentó de manera súbita exantema en el tórax y abdomen de distribución variable sin compromiso de las extremidades. 4 días antes del ingreso presenta fiebre(39.3°C) además de hiporexia. Tres días antes refiere que su hija presentó edemas de cara y manos. Agregando finalmente que en el último día antes del ingreso la notan irritable y con tendencia al sueño. Con respecto a las funciones biológicas presenta un

aumento de sed y sueño, disminución del apetito y con ánimo irritable. Entre los antecedentes de importancia, la paciente ha tenido episodios de dermatitis atópica y neumonías recurrentes. Antropometría: peso de 17 kg, talla 105 cm e IMC de 15.4 kg/m²; en sus funciones vitales se observa frecuencia cardiaca 120 lpm, frecuencia respiratoria 25 rpm, SatO₂ 99 % a FiO₂ 21, Temperatura 39 °C. Al examen físico: en piel se observa exantema maculopapular polimorfo en tronco, abdomen, espalda, raíz de miembros superiores e inferiores respetando triángulo nasogeniano, de distribución variable, confluyente. Ligero edema en cara y palmas, sin lesiones con eritema conjuntival bilateral sin secreciones, labios rojos y fisurados; cuello cilíndrico y centrado, con adenopatía laterocervical izquierda de 1.5 cm de diámetro acompañada de pequeñas adenopatías adyacentes; orofaringe: lengua en aspecto aframbuesado. Resto del examen sin alteraciones.

Con la clínica se piensa en los siguientes diagnósticos presuntivo:

- Enfermedad exantemática febril:
- Descartar Enfermedad de Kawasaki
- Descartar Escarlatina
- Descartar Sarampión
- Descartar Mononucleosis infecciosa
- Dermatitis atópica por antecedente.
- Nutricional: eutrófico

Exámenes auxiliares: leucocitos: 9130 células/mm³, neutrófilos: 7200 células/mm³, Hb 11,6 g/dl, plaquetas 282.000/uL, bioquímica básica, renal y hepática normales, PCR 67.1 mg/dl. frotis faríngeo con flora habitual y uroanálisis normal. Bajo estos resultados se sospecha principalmente de la enfermedad de Kawasaki, por lo que se decide hospitalizar al paciente, se le da dieta blanda con líquidos a voluntad, elevando las extremidades edematosas y haciendo uso de medios físicos como compresas frías y húmedas sobre la piel para disminuir la fiebre. Adicionalmente, se agregó paracetamol VO 10-15 mg/Kg cada 8 horas (máximo 75 mg/Kg/día), inmunoglobulina IV (IVIG) 2g/Kg por 8 – 12 horas (dosis única) y aspirina via

oral 30-50 mg/kg/día cada 6 horas (máximo 4g/día). Se hace seguimiento de sus funciones vitales durante las primeras 48 horas persistiendo la fiebre, por lo que se opta por repetir la dosis de IVIG. Finalmente, el paciente se mantiene afebril durante los siguientes 3 días por lo que se reduce la dosis de aspirina a 3-5 mg/Kg/día. Se le da de alta, con indicación de aspirina durante las siguientes 6-8 semanas para posteriormente realizar un ecocardiograma a fin de evaluar si se generó un aneurisma coronario.

Caso Clínico n.º3: Neurofibromatosis tipo I

Paciente femenina de 01 año, con antecedente de desnutrición crónica acude en compañía de progenitora, quien menciona que 11 días previos al ingreso la paciente cursa con deposiciones líquidas (3 cámaras) asociado a náuseas. 9 días antes del ingreso remite las deposiciones líquidas y se agrega vómitos de contenido alimenticio por lo que acude a posta y le recetan sales de rehidratación oral. Sin embargo 5 días antes del ingreso los vómitos persisten y se agrega constipación de 4 días por lo que acude al hospital, recibe tratamiento con enema e hidratación, dándole de alta con azitromicina. 1 día antes del ingreso persisten los vómitos (4 veces) y la constipación por lo que reingresa, le vuelven a colocar un enema, hidratación y se indica su hospitalización para observación e hidratación.

Antecedentes:

- Prenatales: Anemia durante la gestación, madre refiere 0 controles prenatales por pandemia.
- Parto: Eutócico a término 38 semanas en la Maternidad de Lima. Peso 3000 gramos, Apgar 1 min: 9 y 5 min: 9
- Lactancia materna / Ablactancia: 6 meses.
- Inmunizaciones:
 - o Recién nacido: BCG (SI) HVB (NO)
 - o 2 meses: Pentavalente 1.º (SÍ), IPV 1.º (SÍ), Rotavirus 1.º (SÍ), Antineumocócica 1.º (SÍ)
 - o 4 meses: Pentavalente 2º (SI), IPV 2.º (SI), Rotavirus 2.º (SI), Antineumocócica 2.º (SÍ)

- o 6 meses: Pentavalente 3.º (NO) , APO 3.º (NO)
 - o 7 meses: Influenza 2.º (SÍ)
 - o 12 meses: Antineumocócica 3º (NO), SPR 1.º (SI), Varicela 1.º (SI)
- Problemas del desarrollo: Dominio cefálico: 6 meses, dominio torácico: 10 meses, caminar: niega, aún no desarrollo del lenguaje. Retraso en el desarrollo psicomotor.
- Patológicos: Infección urinaria hace 3 meses y desnutrición crónica
- Familiares: Niega

Al examen físico:

Funciones vitales Peso: 9.9 kg Talla: 78 cm IMC: 16.27, presión arterial 90/60mmHg, frecuencia cardiaca 112lpm, frecuencia respiratoria 24xmin, temperatura 37°C Saturación:98%

Piel: Tibia, elástica, pálida +/+++ , con llenado capilar < 2 segundos. Se observan múltiples manchas café con leche 5mm en tórax, abdomen y 2.5 mm espalda. Patrón reticular en 1/3 distal de miembros superiores. TCSC: No edemas. Sistema Linfático: No adenopatías. Tórax, pulmones, Cardiovascular y abdomen conservados, sin alteraciones. Ano y recto: Permeable. Neurológico: Despierta, reactiva a estímulos, pupilas isocóricas y fotoreactivas. No hay déficit motor, ni signos meníngeos ni de focalización. Tono muscular disminuido y fuerza muscular conservada.

Diagnóstico diferencial:

- Síndrome Emético
- Descartar Infección de tracto urinario
- Descartar Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico
- Síndrome Neurocutáneo: Neurofibromatosis Tipo 1
- Constipación
- Deshidratación moderada
- Desnutrición crónica

Plan de trabajo: se solicita hemograma / Proteína C reactiva, electrolitos séricos / Glucosa / Urea / Creatinina / Radiografía abdominal.

Interpretación de resultados:

- Hemograma / Proteína C reactiva

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
HEMOGLOBINA	9.80 g/dL	11.0 - 16.0 g/dL
HEMATOCRITO	30.20 %	37.0 - 54 %
HEMATIES	4.03 10 ⁶ /uL	3 500 000 - 5 500 000 / uL
RDW - SD	37.90 fL	
RDW - CV	13.7 %	11 - 16 %
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	74.9 fL	80 - 100 fL
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	24.1 pg	27 - 34 pg
CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	32.2 g/dL	
RECUENTO DE PLAQUETAS	198 10 ³ /uL	150 000 - 450 000 / uL
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	8.8 fL	150 000 - 450 000 / uL
LEUCOCITOS	6.14 10 ³ /uL	4000 - 10 000/ uL
EOSINFILOS	1 %	
BASOFILOS	0 %	
MIELOCITOS	0 %	
METAMIELOCITOS	0 %	
ABASTONADOS	0 %	
SEGMENTADOS	41 %	
LINFOCITOS	47 %	
MONOCITOS	11 %	
BLASTOS	0 %	
PROMIELOCITOS	0 %	
SUMA DE RECUENTO DIFERENCIAL %	100	
EOSINFILOS	0.05 Cel/mL	
BASOFILOS	0.00 Cel/mL	
MIELOCITOS	0.00 Cel/mL	
METAMIELOCITOS	0.00 Cel/mL	
ABASTONADOS	0.00 Cel/mL	
SEGMENTADOS	2.52 Cel/mL	
LINFOCITOS	2.89 Cel/mL	
MONOCITOS	0.68 Cel/mL	
BLASTOS	0.00 Cel/mL	
PROMIELOCITOS	0.00 Cel/mL	

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
PROTEINA C REACTIVA	0.1 mg/L	Hasta 5 mg/L

En los resultados del hemograma se halla una anemia moderada (Hb.9.80 g/dL) microcítica hipocrómica de probable causa ferropénica. Por otro lado, no se evidencia leucocitosis ni desviación izquierda y un PCR negativa, lo cual nos aleja la posibilidad de una causa infecciosa para la clínica de la paciente.

Electrolitos séricos:

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
SODIO	139.5 mmol/L	136 - 146 mmol/L
CLORO	103.3 mmol/L	98 - 106 mmol/L
POTASIO	4.57 mmol/L	3.5 - 5.0 mmol/L

Los electrolitos séricos se encuentran en rangos normales

Glucosa /urea / creatinina

ITEM GLUCOSA	RESULTADO 60 mg/dL	VALOR REFERENCIAL Neonato prematuro: 25-80 mg/dl // Neonato a termino: 30-90 mg/dl // Niño, Adulto: 70-105 mg/dl
ITEM CREATININA SERICA	RESULTADO 0.33 mg/dL	VALOR REFERENCIAL Suero y Plasma: 0.7-1.2 mg/dl // Hombre: 0.9-1.3 mg/dl // Mujeres: 0.6-1.1 mg/dl
ITEM UREA	RESULTADO 37 mg/dL	VALOR REFERENCIAL Suero y Plasma: 15-39 mg/dl

No se evidencia hipoglucemia, el valor de urea y creatinina dentro de los valores no patológicos, lo cual aleja la posibilidad de afectación renal.

Radiografía abdominal



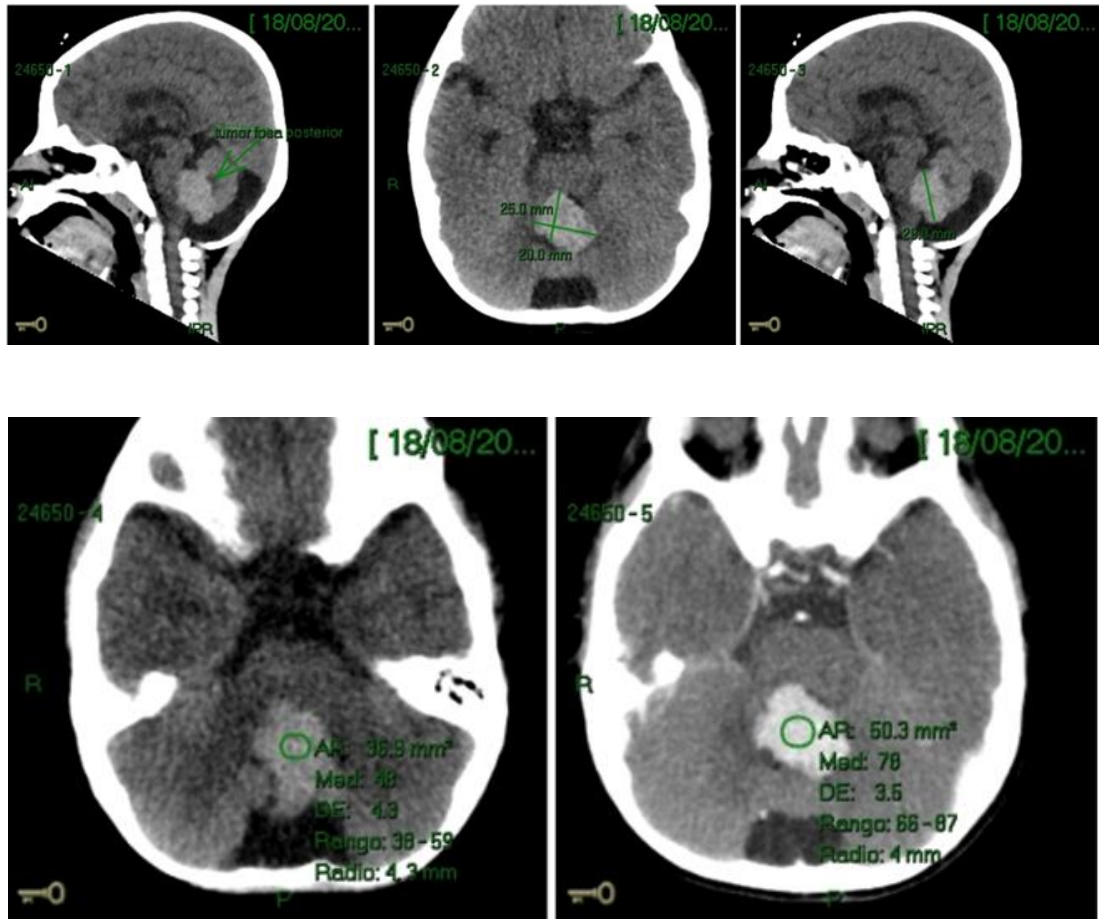
Se evidencian asas intestinales con abundante materia fecal. No se evidencian signos de distensión de asas intestinales y niveles hidroaéreos que sugieren obstrucción intestinal, ni neumoperitoneo que sugiera perforación de víscera hueca. Se evidencia gas en la ampolla rectal.

Examen de orina

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
EXAMEN COMPLETO DE ORINA		
EXAMEN MACROSCOPICO :		
COLOR	AMARILLO	
ASPECTO	TRANSPARENTE	
DENSIDAD	1015	
PH	6.0	
ESTUDIO QUIMICO - TIRA REACTIVA		
NITRITOS	NEGATIVO	
PROTEINAS	NEGATIVO	
GLUCOSA	NEGATIVO	
CETONAS	NEGATIVO	
UROBILINOGENO	NEGATIVO	
BILIRRUBINAS	NEGATIVO	
HEMOGLOBINA	NEGATIVO	
EXAMEN MICROSCOPICO:		
HEMATIES	0-1 X C	
LEUCOCITOS	0-1 X C	
CELULAS EPITELIALES	0-1 X C	
CILINDROS	NO SE OBSERVAN	
GERMENES	ESCASAS	
LEVADURAS	NO SE OBSERVAN	
CRISTALES	NO SE OBSERVAN	
FILAMENTOS MUCOIDES	NO SE OBSERVAN	
PARASITOS	NO SE OBSERVAN	

Examen de orina negativo, lo cual aleja la posibilidad diagnóstica

-TEM cerebral con contraste



Se evidencia masa sólida hiperdensa homogénea, de bordes regulares de 25x20x29 mm (T x AP x CC) localizado a nivel de 4.º ventrículo en fosa

posterior. La cual tras la administración de contraste presenta realce homogéneo. megacisterna magna. No se observa isquemia ni sangrado

Diagnósticos finales

- Síndrome emético
- Tumor de fosa posterior
- Síndrome neurocutáneo: Neurofibromatosis tipo 1
- Constipación
- Anemia moderada microcítica hipocrómica
- Desnutrición crónica

Tratamiento médico: Dextrosa 5 % 1000 ml + NaCl 20 % 40 cc + KCl 20 % 10cc → 40 cc/h (VT 110 cc/kg/día), dexametasona 1.5 MG cada 6 horas endovenoso

- PEG 17gr + 150cc de agua via oral cada 24horas, Simeticona 10 Gotas via oral, condicional a distensión abdominal, Ondansetron 1.5 mg condicional vómitos, Metamizol 250 mg condicional a dolor, Toma de presión arterial cada 4 horas

Seguimiento

Una vez identificado el tumor de fosa posterior, se realiza interconsulta al área de neurocirugía quienes refieren que paciente requiere tratamiento por la especialidad y se solicita resonancia magnética cerebral con contraste + espectroscopia para determinar conducta terapéutica definitiva. Y se plantea la posibilidad de referir a la menor a un centro de mayor resolución, por lo que se inician los trámites respectivos y 5 días después la paciente fue referida al INSN - Breña.

Caso clínico n.º 4: Bronquiolitis aguda

Paciente masculino de 5 meses, que ingresa por el servicio de emergencias, madre refiere tiempo de enfermedad de un día caracterizado por tos persistente, dificultad respiratoria y “ronquera en el pecho”. Niega vómitos y fiebre.

Antecedentes: Término tratamiento con azitromicina por bronquiolitis siguiendo indicaciones de un centro particular hace 2 semanas. Hospitalizaciones previas: niega. Nebulizaciones: última hace 2 semanas. Vacunas: incompletas, le faltan las de 4 meses.

Al examen: Frecuencia cardiaca: 180lpm Frecuencia respiratoria:42rpm Temperatura: 36 °C. Saturación de oxígeno 95 % Peso: 7.2kg Talla: 62cm.

General: Despierto, ventila espontáneamente, leve distrés respiratorio. Respiratorio: Leves tirajes subcostales, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, escasos subcrépitos. Score ESBA 5 puntos. Cardiovascular y abdomen: conservados y sin alteraciones. Locomotor: moviliza 4 extremidades. Neurológico: Despierto, reactivo a estímulos, no irritable, relacionado con el entorno. No signos de focalización. Otros: Fosas nasales: Rinorrea, Orofaringe: leve eritema.

Diagnóstico diferencial:

- Bronquiolitis aguda

Plan de trabajo: No se solicitaron exámenes auxiliares

Interpretación de resultados: No se solicitaron exámenes auxiliares

Diagnósticos finales:

1. bronquiolitis aguda

Tratamiento médico: Nebulización con NaCl 3 % 5 cc cada 20 min por 2 veces, aspiración de secreciones, Reevaluación

Seguimiento del caso: Se reevalúa al paciente 2 horas después con Frecuencia respiratoria 36, saturación 96 %, buen patrón respiratorio y disminución de tirajes subcostales. Alta con indicaciones, se explican signos de alarma para venir por emergencia. Paracetamol 21 gotas vía oral condicional a temperatura >38 °C

1.4 Casos clínicos de la rotación en Medicina Interna

La rotación por el servicio de Medicina Interna se dividía solo en hospitalización y guardias diurnas en tópicos, en esta rotación pudimos

aprender diversos puntos de vista en cuanto al enfoque y al manejo del paciente, puesto que los residentes que nos acompañaban eran de diferentes especialidades de medicina como Cardiología, Reumatología, Geriátrica, Neumología, etc. Y esto al final nos ayudó a poder tener un horizonte más amplio en cuanto al enfoque de los pacientes. En esta rotación se aprende a realizar varios procedimientos como paracentesis, toracocentesis, punción lumbar siempre bajo la supervisión de nuestros residentes.

Caso clínico n.º 1: Colangitis

Paciente. femenina de 40 años. con siglas E.M.G. acude al servicio de emergencias por presentar dolor en hipocondrio derecho de más o menos 2 días de evolución que inicialmente calmó con la ingesta de paracetamol, pero luego se hace constante, además presenta náuseas y vómitos alimentarios, refiere coloración amarillenta de piel y sensación de alza térmica.

Funciones vitales:

Presión arterial 100/95 mmHg, frecuencia respiratoria de 21 por minuto, frecuencia cardiaca de 100 por minuto, temperatura de 38.2 °C, saturación de oxígeno de 96 %.

Al examen físico

Piel y mucosa ictéricas, aparato cardiovascular y aparato respiratorio no se encontraron alteraciones, el abdomen estaba distendido, con ruidos hidroaéreos presentes, y doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, signo de Murphy negativo.

Los diagnósticos en emergencia son Síndrome Ictérico: Coledocolitiasis vs. colangitis vs. hepatitis.

Se le solicita hemograma: 11000 por mm³, PCR. 18 mg/dl, Bilirrubina total. 4.2 mg/dl, Bilirrubina Directa: 3 mg/dl, Bilirrubina indirecta: 1.2 mg/dl, Fosfatasa Alcalina: 380 UI/L, TGO 90 U/L, TGP 110 U/L, ecografía: se observa cálculo enclavado en porción distal de colédoco, colédoco 12 mm, vesícula biliar con múltiples cálculos.

Diagnóstico: Colangitis, Coledocolitiasis y colelitiasis.

Tratamiento: se le inició Ciprofloxacino 500mg endovenoso cada 12 horas y Metronidazol 500 mg endovenoso cada 8 horas.

Se le realizó una pancreatocoangiografía retrógrada endoscópica, logrando extraer el cálculo y se drenando contenido purulento de la vía biliar. Paciente evolucionó favorablemente en los siguientes días. Se le indicó el alta con los mismos antibióticos vía oral, y se le citó para una colecistectomía programada.

Caso clínico n.º 2: Pancreatitis

Paciente, varón de 52 años, con siglas F.S.M. acude a emergencia por presentar dolor abdominal de 3 días de evolución, que se irradia a la espalda, que se inició en epigastrio, que con el paso de las horas aumentó en intensidad, no logró posición antiálgica, refiere automedicación con Plidan compuesto, con lo que no pasa el dolor, al presentar vómitos decide acudir a emergencia, donde es evaluado y admitido, en donde refiere que previo al inicio del dolor acudió a una reunión donde comió abundante comida con grasa.

Control de Funciones Vitales:

Presión arterial: 110/70 mmHg, Frecuencia cardíaca: 95 por minuto, Frecuencia respiratoria: 22x', y Temperatura: 37.5 °C.

Al examen físico: se encuentra paciente en posición antálgica, en aparente regular estado general, contesta interrogatorio. No luce icterico.

Abdomen: algo distendido, ruidos hidroaéreos escasos, dolor a la palpación en región del mesogastrio, no signos peritoneales.

Diagnósticos:

Dolor abdominal: Pancreatitis vs. Enfermedad Acido péptica.

Exámenes auxiliares: Hemograma: 12500 leucocitos por mm³, amilasa 1200 U/L, lipasa: 950 U/L, glicemia 180 mg/dl, DHL: 280 UI/ L, AST: 150 UI/L.

Se le realiza ecografía: Abundantes gases impidiendo ver área pancreática, vesícula biliar con múltiples imágenes con presencia de ecos compatibles con cálculos biliares, colédoco libre con 8 mm de diámetro, signos de esteatosis hepática. Paciente persiste con dolor por 3 días y se le realiza tomografía. Encontrándose páncreas edematizado, no observándose colecciones, presencia de múltiples cálculos en vesícula biliar, esteatosis hepática.

Se le indico nada por vía oral, fluidoterapia con dextrosa al 5 % 2 litros, y CINA 0.9 % 2 litros, omeprazol 40 mg, tramadol 100 mg endovenoso cada 12 horas, clorhidrato de Petidina 50 mg endovenoso condicional a dolor.

Paciente evoluciona favorablemente, iniciándose tolerancia oral al 5 día luego que amilasa y lipasa disminuyeran a niveles menores a 3 veces lo normal. Paciente fue evaluado por cirugía quien lo citó para reevaluación al alta para programarle una colecistectomía.

Caso clínico n.º 3: Abdomen Agudo

Femenina de 36 años que ingresa por el servicio de emergencias refiriendo dolor en hipocondrio derecho, el cual se asocia a náuseas y vómitos de contenido alimenticio, fiebre que presenta desde 2 días antes del ingreso. Niega dificultad respiratoria y otras molestias.

Funciones biológicas: sueño disminuido por dolor y deposiciones sólidas, siendo la última fue 1 día antes del ingreso, el resto conservado.

Antecedentes: Niega patológicos, familiares y alergias.

Al examen físico: FV: Presión Arterial 120/87mmHg, Frecuencia Cardíaca:78lpm, Frecuencia Respiratoria: 23 rpm, Temperatura:36°C, Saturando: 97 %. En aparente mal estado general, AREG y AREH. Piel tibia, turgente, hidratada, mucosas secas, TCSC: no edemas. Linfático: No se palpan adenopatías. Examen Cardiovascular y respiratorio: Conservado, sin alteraciones. Abdomen: Abdomen poco depresible, con presencia de ruidos hidroaéreos, doloroso a la palpación superficial y profunda en flanco e hipocondrio derecho. Murphy (+).

Diagnóstico diferencial:

1. Abdomen agudo
2. Colecistitis aguda acalculosa
3. Cólico biliar: Se plantea como diagnóstico diferencial. Sin embargo, se aleja ya que el dolor dura más de 2 días y la paciente tiene fiebre, lo cual no es característico de cólico biliar.
4. Colangitis: Se debe sospechar ya que el paciente acude con dolor en cuadrante superior derecho, también es frecuente la adición de fiebre y leucocitosis al cuadro, así como también porque las pruebas de laboratorio estarán alteradas y dilatación biliar en las imágenes.

Plan de trabajo: Hemograma, solicitar prequirúrgicos y ecografía abdominal.

Resultados de laboratorio: El hemograma muestra leucocitosis sugerente de patrón inflamatorio e infeccioso, y es criterio diagnóstico de Tokio para resultados de laboratorio en colecistitis aguda.

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
HEMOGLOBINA	13.70 g/dL	11.0 - 16.0 g/dL
HEMATOCRITO	41.50 %	37.0 - 54 %
HEMATIES	4.70 10 ⁶ /uL	3 500 000 - 5 500 000 / uL
RDW - SD	41.30 fL	
RDW - CV	13.1 %	11 - 16 %
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	88.4 fL	80 - 100 fL
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	29.1 pg	27 - 34 pg
CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	32.9 g/dL	
RECuento DE PLAQUETAS	239 10 ³ /uL	150 000 - 450 000 / uL
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	10.6 fL	150 000 - 450 000 / uL
LEUCOCITOS	12.61 10 ³ /uL	4000 - 10 000/ uL
EOSINFILOS	1 %	
BASOFILOS	0 %	
MIELOCITOS	0 %	
METAMIELOCITOS	0 %	
ABASTONADOS	0 %	
SEGMENTADOS	76 %	
LINFOCITOS	16 %	
MONOCITOS	7 %	
BLASTOS	0 %	
PROMIELOCITOS	0 %	
SUMA DE RECuento DIFERENCIAL %	100	
EOSINFILOS	0.09 Cel/mL	
BASOFILOS	0.03 Cel/mL	
MIELOCITOS	0.00 Cel/mL	
METAMIELOCITOS	0.00 Cel/mL	
ABASTONADOS	0.00 Cel/mL	
SEGMENTADOS	9.52 Cel/mL	
LINFOCITOS	2.03 Cel/mL	
MONOCITOS	0.88 Cel/mL	
BLASTOS	0.00 Cel/mL	
PROMIELOCITOS	0.00 Cel/mL	

Adicionalmente se menciona que la ecografía abdominal no figuraba en el sistema del hospital

Diagnósticos finales:

1. Abdomen agudo

- Colecistitis aguda calculosa

Tratamiento médico: Ceftriaxona 2G endovenoso cada 24 horas, Omeprazol 40 mg endovenoso cada 24 horas, Metamizol 1 gramo endovenoso cada 24 horas, Metronidazol 500 miligramos endovenoso cada 8 horas, Metoclopramida 10 miligramos endovenoso cada 8 horas, de la mano del control de las funciones vitales y balance electrolítico

Tratamiento quirúrgico:

<p>DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA O PROCEDIMIENTO REALIZADO</p> <p>COLELAP CONVERTIDA A COLECISTECTOMIA PARCIAL + DPR</p> <p>NEUMOPERITONE CON AGUJA DE VERRES EN HIPOCONDRIO IZQUIERDO, VIDEO LAPAROSCOPIA, INTERODUCCION DE TROCAR POR CICATRIZ UMBILICAL, SIN PODER VISUALIZAR VESICULA BILIAR, POR LO QUE SE DECIDE CONVERSION INCISION SUB COSTAL DERECHA DISECCION POR PLANOS, DISECCION ROMA Y CORTANTE DE ADHERENCIAS DE VESICULA. SE DECIDE COLECISTECTOMIA PARCIAL PREVIA EXTRACCION DE CALCULOS Y FULGURACION DE MUCOSA VESICULAR, CIERRE DE MUÑON CON PUNTO TRANSFIXIANTE DE VICRYL 0. REVISION DE HEMOSTASIA, CONTEO DE GASAS COMPLETAS, SE DEJA DPR EN LECHO VESICULAR QUE SALE POR FLANCO DERECHO Y SE PROCEDE AL CIERRE DE PARED: APONEUROSIS Y PERITONEO SURJET DE VICRYL 1. PIEL PUNTOS DE NYLON 4/0. PACIENTE TOLERA ACTO OPERATORIO</p>
<p>HALLAZGOS OPERATORIOS</p> <p>VESICULA BILIAR A TENSION DE PAREDES NECROTICAS, CONTENIENDO CALCULOS MULTIPLES DE 3cm EL MAYOR DE ELLOS EMPOTRADO EN BACINETE: CON ADHERENCIAS FIRMES DE DUODENO Y EPIPLON, HILIO VESICULAR NO IDENTIFICABLE ADHERENCIAS FIRMES DE EPIPLON Y ASAS INTESTINALES DELGADAS A PARED ABDOMINAL QUE IMPIDEN VISUALIZAR VESICULA</p>
<p>COMPLICACIONES DURANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA</p> <p>ADHERENCIAS FIRMES DE EPIPLON Y ASAS INTESTINALES DELGADAS A PARED ABDOMINAL QUE IMPIDEN VISUALIZAR VESICULA</p>

Seguimiento: La paciente pasa a recuperación postanestésica y posteriormente a hospitalización de cirugía, evolución favorable y se va de alta en su día 3 postoperatorio, sin molestia alguna. No se reportan intercurencias. Signos de alarma: dolor abdominal, náuseas, vómitos, fiebre, ictericia.

Caso clínico n.º 4: Úlcera gástrica complicada

Paciente, masculino de 39 años, obrero, originario de Venezuela, ingresa por el tópic de emergencia el 28/06/22 por dolor abdominal hace 20 horas de inicio repentino y curso progresivo. Refiere que el dolor inicia en flanco derecho y después de 6 horas migra a epigastrio, asociado a hiporexia.

Funciones biológicas: apetito y sed disminuidos, con sensación nauseosa. Sueño, orina y deposiciones conservados.

Antecedentes: Patológicos niega, alérgica a penicilina, antecedentes familiares de padre y madre hipertensos.

Al examen físico FV: Presión Arterial 154/105 Frecuencia Cardíaca 96 Frecuencia Respiratoria 20, Temperatura 36.5°C, Saturación 98%. Abdomen rígido, poco depresible, con ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio, hipocondrio derecho, flanco derecho y fosa iliaca derecha. Murphy (+), McBurney (+), Rovsing (+), Blumberg (+). Genitourinario: PPL derecha (+) e izquierda (-). Neurológica: Despierto, LOPEP, Glasgow 15 puntos.

Diagnostico general:

1. Abdomen agudo

Apendicitis Aguda: Se planteó como primer diagnóstico probable por la ubicación del dolor en fosa iliaca derecha y la hiporexia, el signo de McBurney

(+) y Rovsing (+) al examen físico.

Colecistitis Aguda: Se planteó por el dolor al palpar el hipocondrio derecho a la palpación superficial y profunda. Además, por el signo de Murphy (+) durante el examen físico.

Perforación de víscera hueca: Se planteó por el inicio súbito del dolor, el abdomen en tabla y el dolor abdominal generalizado a predominio de epigastrio.

Pancreatitis: Por el dolor epigástrico y de hipocondrio derecho irradiado a la espalda, se le debe solicitar amilasa y lipasa para orientar el diagnóstico y confirmarlo.

Plan de trabajo: Hemograma, glucosa, urea, creatinina, perfil preoperatorio, grupo sanguíneo y factor RH, tiempo de coagulación y sangría, TP, VIH, VDRL, examen de orina, perfil hepático, amilasa y lipasa, radiografía de Tórax, ecografía de abdomen completa.

Interpretación de resultados:

HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO		
HEMOGLOBINA	14.00 g/dL	11.0 - 16.0 g/dL
HEMATOCRITO	44.10 %	37.0 - 54 %
HEMATIES	5.75 10 ⁶ /uL	3 500 000 - 5 500 000 /uL
RDW - SD	42.80 fL	
RDW - CV	15.3 %	11 - 16 %
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	76.8 fL	80 - 100 fL
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	24.4 pg	27 - 34 pg
CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	31.8 g/dL	
RECUESTO DE PLAQUETAS	335 10 ³ /uL	150 000 - 450 000 /uL
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	9.2 fL	150 000 - 450 000 / uL
LEUCOCITOS	15.73 10 ³ /uL	4000 - 10 000 / uL
RECUESTO DIFERENCIAL PORCENTUAL %		
EOSINFILOS	0 %	
BASOFILOS	0 %	
MIELOCITOS	0 %	
METAMIELOCITOS	0 %	
ABASTONASDOS	0 %	
SEGMENTADOS	91 %	
LINFOCITOS	5 %	
MONOCITOS	4 %	
BLASTOS	0 %	
PROMIELOCITOS	0 %	
SUMA DE RECUESTO DIFERENCIAL %	100	
RECUESTO FIFERENCIAL ABSOLUTO		
EOSINFILOS	0.06 Cel/mL	
BASOFILOS	0.02 Cel/mL	
MIELOCITOS	0.00 Cel/mL	
METAMIELOCITOS	0.00 Cel/mL	
ABASTONASDOS	0.00 Cel/mL	
SEGMENTADOS	14.25 Cel/mL	
LINFOCITOS	0.72 Cel/mL	
MONOCITOS	0.68 Cel/mL	
BLASTOS	Cel/mL	
PROMIELOCITOS	0.00 Cel/mL	

- Se evidencia leucocitosis, lo que nos orienta a una causa infecciosa/inflamatoria, lo que apoyaría el diagnóstico de apendicitis,

colecistitis, pancreatitis

GLUCOSA BASAL	100 mg/dl	SUERO Y PLASMA/ Neo Prematuro: 25-80mg/dl - Neo Termino: 30-90mg/dl - Niños Adultos: 70-105
CREATININA SERICA	0.78 mg/dl	
UREA	31 mg/dl	

- La glucosa está dentro del rango normal, así como el valor de creatinina y urea.

Perfil preoperatorio: Grupo sanguíneo, Factor RH, Tiempo de coagulación y sangría, TP, VIH, VDRL y examen de orina.

GRUPO SANGUINEO Y RH	A1	
GRUPO SANGUINEO	POSITIVO	
FACTOR RH		
TIEMPO DE COAGULACION Y SANGRIA	6"	7 - 10 s
TIEMPO DE COAGULACION	3"	1 - 5 s
TIEMPO DE SANGRIA		13 - 15 s
TIEMPO DE PROTROMBINA		
PAG 1 DE 3		
TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)	14.7 seg	13 - 15 s
INR	1.11	

El perfil preoperatorio es necesario para realizar el riesgo quirúrgico del paciente. Los valores de los tiempos de coagulación y sangría, así como el tiempo de protrombina e INR se encuentran como no patológicos, lo que nos muestra que el paciente podría estar apto para SOP.

Perfil hepático:

Código: 80076 Prueba: **PERFIL HEPATICO**
 Realiza la prueba: **SACRAMENTO MELENDEZ JOCELYN HELFER**
 Fecha toma de muestra: 28/06/2022 02:16
 Fecha resultado: 28/06/2022 11:49

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
BILIRRUBINA TOTAL	1.7 mg/dL	Hasta 1.0 mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA	0.6 mg/dL	Hasta 0.2 mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA	1.13 mg/dL	
FOSFATASA ALCALINA	66.67 U/L	Mujeres: hasta 105 U/L- Varones:hasta 115 U/L
PROTEINAS TOTALES	7.4 g/dl	6.4-8.3 mg/dl
ALBUMINA	4.8 g/dl	3.5-5.0 mg/dl
GLOBULINAS	2.55 g/dl	
TGO	36 U/L	Hasta 40 U/L
TGP	21 U/L	Hasta 41 U/L
GGTP	28 U/L	Mujeres: Menor de 38 U/L- Varones:Menor de 55U/L

Amilasa-lipasa

Se evidencia bilirrubina total ligeramente elevada a predominio de Br indirecta lo que podría indicar hemólisis. Por otro lado, las enzimas hepáticas TGO y TGP se encuentran normales, así como GGTP, lo cual aleja la posibilidad de un patrón colestásico.

Amilasa-lipasa

Código: 82150 Prueba: **AMILASA**
 Realiza la prueba: **SACRAMENTO MELENDEZ JOCELYN HELFER**
 Fecha toma de muestra: 28/06/2022 02:17
 Fecha resultado: 28/06/2022 11:49

ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
AMILASA (SERICA)	66 U/L	SUERO O PLASMA: 22-80 U/L - ORINA:

Sin observaciones

Código: 83690 Prueba: **LIPASA**
 Realiza la prueba: **SACRAMENTO MELENDEZ JOCELYN HELFER**
 Fecha toma de muestra: 28/06/2022 02:17
 Fecha resultado: 28/06/2022 11:49

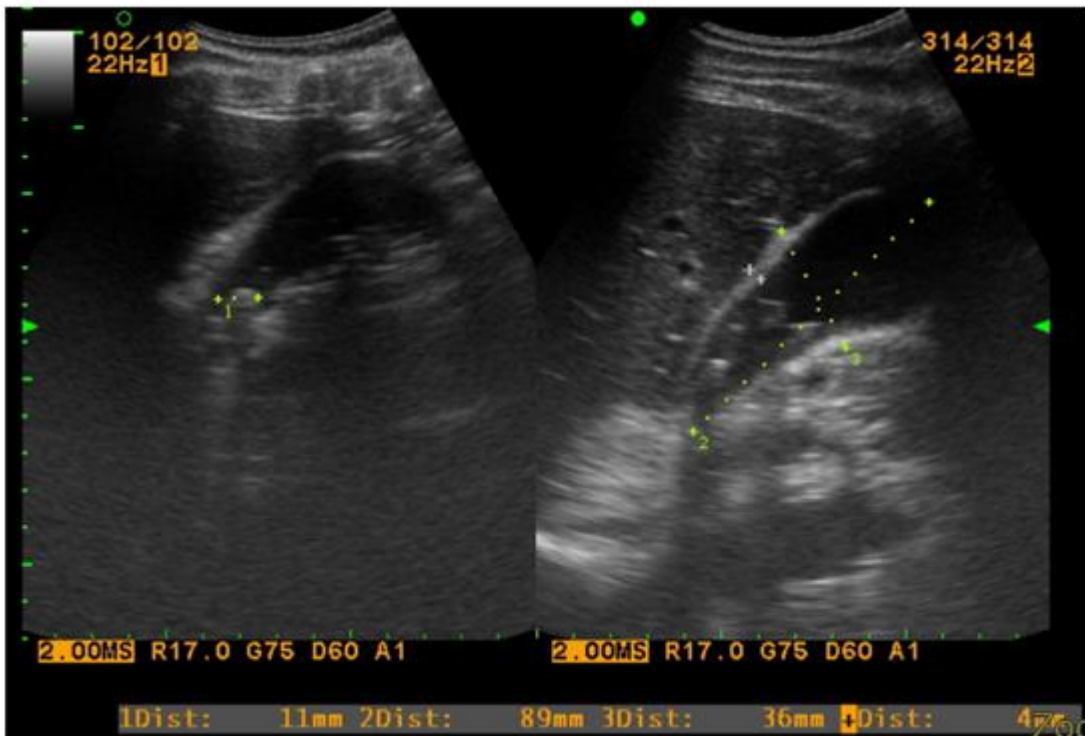
ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
LIPASA	16.6 U/L	23-300 U/L

Los valores están dentro de los valores normales, lo que descarta la posibilidad de pancreatitis aguda.

Radiografía de Tórax



Se evidencia neumoperitoneo, que demuestra gas fuera del tracto gastrointestinal en el abdomen, lo cual nos inclina hacia estar frente a una víscera hueca perforada.



Hallazgos de importancia:

- Se evidenció dilatación de vías biliares intra y extrahepáticas, colédoco dilatado

7mm, se aprecia aerobilia, no se visualiza litiasis.

- Vesícula biliar distendida 89 x 36 mm, de morfología conservada de paredes delgadas sin presencia de líquido peri vesicular. Se evidencia litiasis múltiple de hasta 11mm.

- Páncreas de tamaño y caracteres morfológicos conservados.

- Riñones de localización, morfología y tamaño habitual, con buena diferenciación cortico medular. No lesiones sólidas ni quísticas. No litiasis ni hidronefrosis.

- Fosa iliaca derecha: ecogenicidad de la grasa mesentérica conservada y peristaltismo intestinal conservado. No se visualiza apéndice antero cecal, al momento.

- No se halla contenido de líquido libre en cavidad abdominal.

Estos resultados descartan la posibilidad de apendicitis y nos acercan al diagnóstico de colecistitis aguda calculosa y coledocolitiasis.

Diagnósticos finales:

Abdomen agudo

- 1) Perforación de úlcera gástrica.
- 2) Colecistitis aguda calculosa.

El diagnóstico se refuerza con la leucocitosis y los hallazgos en la ecografía abdominal donde se evidencia una vesícula biliar distendida y litiasis múltiples de 11mm, los cuales son criterios ecográficos para el diagnóstico.

Tratamiento médico: CFV + B. hídrico, Dextrosa al 5% x 1000 cc + NaCl 20 % x 2 ampollas → 40 gotas, omeprazol 40 mg endovenoso cada 12 horas, ceftriaxona 2G Endovenoso cada 24 horas, Metronidazol 500mg endovenoso cada 8 horas, Dimenhidrinato 50mg + Tramadol 100 miligramos endovenoso lento cada 8 horas.

Tratamiento quirúrgico:

- Laparotomía exploratoria + biopsia gástrica + gastrorragia y parche de epiplón (Graham) por úlcera perforada + drenaje Jackson Pratt.

- Se coloca sonda nasogástrica en sala de operaciones.

- Hallazgos operatorios: Abierta cavidad se evidencia neumoperitoneo,

secreción de aspecto bilioso y gástrica en cuadrante superior derecho y flanco derecho. Se observa perforación gástrica de +- 8 mm a nivel de antro cara anterior, epiplón y vesícula biliar parcialmente adheridas. Se palpan litios en interior de vesícula biliar.

Seguimiento: La paciente pasó a URPA y posteriormente a servicio de hospitalización cirugía, donde tiene una evolución favorable, el dolor ha disminuido considerablemente y el drenaje Jackson Pratt es de 18cc contenido seroso. Signos de alarma: Persistencia o incremento de dolor abdominal, fiebre, náuseas, vómitos. Posible complicación: Peritonitis local o generalizada.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Hospital María Auxiliadora:

En 1971, durante el gobierno militar del presidente Juan Velasco Alvarado, empiezan los trámites para la creación del Hospital General María Auxiliadora el 24 de abril de 1977 mediante el D.L. n.º 21852, luego añadiendo, bajo el Gobierno Constitucional del arquitecto Fernando Belaunde Terry, los consultorios externos de Medicina General, Pediatría, Cirugía general y Ginecología y Obstetricia, en 1983; y el servicio de Emergencia se incorporó en 1985. Para que, finalmente, se declare hospital nivel III-1, el 1 de septiembre del 2006, dentro del segundo gobierno de Alan García.

Está ubicado en San Juan de Miraflores, exactamente en la Avenida Miguel Iglesias 968, altura del Km 17 de la esquina formada por las Avenidas Los Héroes y Miguel Iglesias n°966-968, en la ciudad de Lima. Recibe, diariamente, gran afluencia de pacientes (de los distritos de Barranco, Surco, Chorrillos, etc.). Tiene como misión la prevención de riesgos, la restauración de la salud de las personas. Cuenta con diferentes servicios como la atención de emergencia, sala de parto, hospitalización de diversas especialidades como Medicina, Ginecología, Obstetricia, Pediatría y Neonatología, Cirugía,

Oncológica, etc., asimismo cuenta con los servicios de diagnóstico por imágenes, centro quirúrgico, rehabilitación y laboratorio (1).

Hospital de Emergencias de Villa El Salvador (HEVES):

Es relativamente nuevo, ya que se inauguró el 7 de abril de 2016 y se creó con la finalidad de apoyar al Hospital María Auxiliadora, el cual, como ya mencionamos, es el único centro de referencia para el sector de la Diris sur, entonces la alta demanda de los habitantes de esta zona (aproximadamente 2 millones de personas) hizo notar la necesidad de más hospitales en la Diris Lima Sur.

El hospital es reconocido por ser un establecimiento con la tecnología más avanzada del Perú acompañada de una infraestructura de muy buena calidad, es considerado, por muchos, como establecimiento de salud modelo del Perú. Además, en cuanto a su tecnología, Es uno de los primeros centros del Minsa que cuenta con historias clínica electrónicas, lo que permite que los profesionales de la salud de cualquier establecimiento, tanto públicos como privados, puedan tener acceso para obtener la información clínica de un paciente (2) (3).

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Casos Clínicos de Ginecología y Obstetricia:

Caso n.º 1: Sangrado uterino anormal

El sangrado uterino anormal es considerado un síntoma y no un diagnóstico, es motivo de consulta ginecológica bastante frecuente tanto en mujeres adolescentes hasta postmenopáusicas, ya que esta altera evidentemente la calidad de vida de las mujeres afectadas por esta, interfiriendo tanto en el campo emocional, físico y social de la paciente.

Se refiere a cualquier tipo de sangrado que ocurre fuera del ciclo menstrual

normal, incluyendo el excesivo o prolongado durante la menstruación, entre períodos menstruales o seguido del coito, o sangrado postmenopáusico.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) creó el sistema PALM-COEIN como método de clasificación para determinar las posibles etiologías. La divide en causas estructurales: Pólipo, adenomiosis leiomioma, malignidad, y causas no estructurales coagulopatía, disfunción ovárica, endometrio, iatrogenia, no clasificada.

En el abordaje primero se debe descartar etiologías estructurales (PALM) ya sean vaginales, cervicales, uterinas, y el estudio más utilizado para esto es la ecografía pélvica ya que tiene buena sensibilidad. En el caso clínico, se le realizó una ecografía transvaginal a la paciente, donde se evidenció un útero de 210x167x116mm, miometrio con paredes asimétricas, zona de unión irregular e interrumpida, se observa múltiples focos endometriales en pared de endometrio, signo de abanico. En donde se concluye como impresión diagnóstica adenomiosis difusa. La adenomiosis es una patología donde las glándulas del endometrio y su estroma se encuentran dentro del miometrio, resultando en una hipertrofia del miometrio circundante. Esta puede ser de tipo difusa o focal. Los pacientes con esta patología pueden presentar sangrado uterino anormal, menorragia, y útero agrandado. El factor de riesgo más relevante para la adenomiosis es la exposición a estrógenos, además se ha visto que el antecedente de cirugía uterina previa como el de cesáreas anteriores que tenía la paciente, se relaciona a esta enfermedad. El diagnóstico definitivo es de tipo histológico después de la histerectomía, pero se puede usar la ecografía o también la resonancia magnética para obtener diagnósticos clínicos según los hallazgos de estas pruebas. En la ecografía se evidenció miometrio con paredes asimétricas, zona de unión irregular e interrumpida, se observa múltiples focos endometriales en pared de endometrio, signo de abanico.

Los exámenes laboratoriales no son de ayuda para el diagnóstico, pero sí en la detección de anemia que se encuentra relacionada al síndrome de SUA, para poder tratarla.

El tratamiento tiene que ser individualizado ya que depende de qué tan grave son los síntomas de la paciente, de su deseo de tener más hijos, de su edad, etc. En la paciente, teniendo en cuenta que no tenía deseo gestacional, su

edad y la gravedad de sus síntomas se le realizó en tratamiento definitivo que es la histerectomía, en donde se halló un mioma cervical gigante. Los miomas pueden coexistir con la adenomiosis, y si un paciente tiene ambos, se dificulta saber la etiología exacta del sangrado (4) (5) .

Caso clínico n.º 2: hiperemesis gravídica

Es una condición médica presente en algunas mujeres durante el embarazo y se caracteriza por náuseas y vómitos graves y persistentes. A diferencia de las náuseas y vómitos normales del embarazo, que son comunes en el primer trimestre y generalmente se resuelven después, la hiperemesis gravídica puede durar mucho tiempo y requerir tratamiento médico.

La sintomatología se compone por náuseas y vómitos graves, pérdida de peso >5%, debilidad y fatiga, cetosis, anormalidades electrolíticas, deshidratación la cual si progresa pudiera generar taquicardia e hipotensión. Esta condición puede interferir significativamente en la calidad de vida de la gestante y elevar el riesgo de complicaciones materno-fetales

Para el diagnóstico se debe evaluar la clínica y pueden hacerse mediciones seriadas del peso, asimismo, se podría realizar exámenes de laboratorio como cetonas en orina, TSH, electrolitos séricos, AST, ALT. Y se debe descartar una mola y evaluar si se trata de un embarazo múltiple mediante una ecografía obstétrica.

Las causas de la hiperémesis gravídica no se comprenden completamente, pero se cree que están relacionadas con cambios hormonales y otros factores biológicos. Algunos factores de riesgo ica incluyen un historial previo de esta afección, una gestación múltiple y un trastorno de la tiroides.

En cuanto al tratamiento, de inicio se suspende la vía oral para reiniciarla posteriormente gradualmente, medidas para contrarrestar las náuseas y vómitos mediante antiemético según el caso, administración de líquidos, tiamina, electrolitos según sea el caso, y reposo en cama. En algunos casos graves, la hospitalización puede ser necesaria. Es primordial que las gestantes reciban un tratamiento adecuado y un seguimiento continuo para prevenir complicaciones y asegurar la salud materno fetal (6).

Caso clínico n.º 3 RCIU

La restricción del crecimiento intraútero es una enfermedad en la que el crecimiento fetal disminuye, lo cual impedirá un potencial de crecimiento genético en el feto debido a factores genéticos o ambientales. Es considerada una causante importante de morbilidad perinatal, que puede repercutir incluso en la vida adulta, por lo que la vigilancia prenatal y un correcto diagnóstico son esenciales para la disminución del impacto a largo y mediano plazo (7). Es de origen multifactorial, puede ocasionarse por diversas patologías a nivel del feto, materno o de la placenta, como la, enfermedad hipertensiva, diabetes y prematuridad.

Factores maternos: El más frecuente es el de la enfermedad hipertensiva, seguido por los trastornos autoinmunes, como en el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos o el LES, también se mencionan los trastornos de coagulación, trastornos del ánimo, talla y peso materno, origen de etnia, paridad, falta de nutrición adecuada, consumo de drogas y sustancias tóxicas, consumo de fármacos antineoplásicos, betabloqueantes y esteroides, entre otros.

Factores fetales: Las malformaciones que están mayormente relacionadas son las cardíacas, como la tetralogía de Fallot, hipoplasia de corazón izquierdo, defecto del septo ventricular y estenosis pulmonar), otros factores que están relacionados a esta patología son las aneuploidías, infecciones perinatales, prematuridad y las gestaciones múltiples.

Factores placentarios: Los principales asociados son la placenta previa, tumores de placenta, hemorragia anteparto inexplicada, arteria umbilical única (AUU), etc. (8). El manejo dependerá de la causa y la gravedad del trastorno, sin embargo, el objetivo general es el de mejorar el crecimiento fetal y prevenir complicaciones materno-fetales. Se debe buscar un equilibrio entre el riesgo de muerte fetal y secuelas a corto o largo plazo vs. la morbilidad por prematuridad. Los criterios absolutos para la terminación de la gestación sin discriminar la edad gestacional son:

1. PBF anormal $\leq 4/10$ pts
2. Comorbilidad materna severa que amerite terminación.

En edades gestacionales menores de 32 semanas, se considera el uso de sulfato de magnesio por poseer un efecto neuroprotector, así mismo el uso de

corticoides para maduración pulmonar hasta la 36.

Enfocándonos en el caso clínico, la paciente era de nacionalidad venezolana y recién había llegado al Perú, 30 días antes del ingreso, no contaba con controles prenatales adecuados y tampoco con FUR confiable ni ecografía de primer trimestre, por lo que no se podía calcular exactamente la edad gestacional. Además, la ecografía de segundo trimestre que traía había sido realizada por personal obstétrico con cálculo de la edad gestacional omitiendo el valor de la circunferencia abdominal, por lo que tampoco se consideraba confiable, de esta forma causó controversia entre los asistentes en cuanto al momento adecuado para el término de la gestación

3.2 Casos clínicos de Cirugía y Traumatología:

Caso clínico n.º 1 - Colecistitis aguda

Esta enfermedad se define como un proceso infeccioso y/o inflamatorio de la vesícula biliar cuya principal etiología es la presencia de litos en dicho órgano, en su infundíbulo o en el conducto cístico. Entre otras posibles causas tenemos infecciosas bacterianas, parasitarias, alcohólica, etc. En el caso de la colecistitis aguda de etiología calculosa es bien conocida su fisiopatología, la obstrucción del conducto cístico genera un incremento de la presión intraluminal vesicular permitiendo que la bilis acumulada produzca una respuesta inflamatoria.

Clínicamente se puede sospechar de esta enfermedad cuando nos llega un paciente con síndrome doloroso abdominal constante ubicado en el cuadrante superior derecho usualmente asociado con un signo clínico patognomónico como el signo de Murphy, en el que la inspiración se corta al palpar el hipocondrio derecho producto del dolor manifiesto. Asimismo, nte puede presentar fiebre, leucocitosis e incremento de la proteína C reactiva y/o de la velocidad de eritrosedimentación.

Como parte de la investigación para diagnosticar la patología se suele pedir como primer examen auxiliar a la ecografía abdominal superior que usualmente muestra fluido pericolecístico, distensión de esta, edematización de su pared, presencia de cálculos y/o aparición del signo de Murphy ecográfico.

La guía de Tokio permitió establecer unos criterios diagnósticos para confirmar y/o sospechar el diagnóstico de colecistitis aguda en base a varios de los hallazgos que se han comentado en los párrafos previos. Estos son los siguientes:

Signos locales de inflamación:

Signo de Murphy

Aumento de sensibilidad, dolor o masa a nivel del cuadrante superior derecho

Signos sistémicos de inflamación:

Fiebre

Elevación de la PCR y leucocitos

Hallazgos imagenológicos:

Hallazgos de imagen característicos

En este caso, la paciente presenta de manera aguda estos tipos de síntomas, además del signo de Murphy positivo. Según los criterios diagnósticos del consenso de Tokio, estaría cumpliendo los criterios para este diagnóstico.

En base a esto, se dice que, si se junta un ítem en el criterio A con un ítem en el criterio B, se debe sospechar de la enfermedad. Si a estos dos parámetros previos, se le añade el criterio C, entonces el diagnóstico es definitivo.

Asimismo, la guía de Tokio permite clasificar la colecistitis aguda según grados, mismos que tienen importancia en el manejo de la enfermedad. Según esta guía los grados de clasificación son los siguientes:

Grado III o Severo: Asociada a falla multiorgánica:

Disfunción cardiovascular, neurológica, respiratoria, renal, hepática y hematológica

Grado II o Moderado:

Leucocitosis mayor de 18 000 / mm³

Masa dolorosa que se puede palpar en el cuadrante superior derecho

Persistencia del malestar mayor a 72 h

Inflamación local marcada

Grado I o Leve: No cumple ninguno de los parámetros del grado II o III

Como parte del tratamiento es posible utilizar antibióticos profilácticos para evitar las complicaciones infecciosas perioperatorias en pacientes que pasaran por cirugía. Para casos de grado II o III principalmente se solicita colecistectomía con el fin de solucionar la patología. (9) (10) (11)

Caso clínico n.º 2 - Apendicitis aguda

La apendicitis es una de las más frecuentes en cirugía como causas de abdomen agudo. Su definición es la de inflamación apendicular que se genera por la obstrucción de la luz e infección de esta. Esta obstrucción puede estar dada por varios factores, la más frecuente son por masas fecales duras, también llamado fecalitos, asimismo se puede dar la obstrucción por cálculos, hiperplasia linfoide, procesos infecciosos y tumores. Las personas con este padecimiento refieren dolor abdominal, náuseas, vómitos, fiebre y anorexia.

En el examen físico existen varios signos que nos orientarán al diagnóstico de esta enfermedad, entre los cuales se encuentra el punto McBurney, el signo de Rovsing, el signo de Psoas, el signo del obturador. Dentro la analítica laboratorial, podemos encontrar con gran frecuencia leucocitosis desviada a la izquierda. Asimismo, los exámenes por imágenes son esenciales para el diagnóstico de esta enfermedad. El más usado por su precio y accesibilidad es la ecografía, pero también tenemos la tomografía, resonancia magnética. Si no se trata, la inflamación del apéndice puede progresar hasta una perforación y la diseminación de la infección en el abdomen, lo que puede ser muy grave.

Su tratamiento consiste en el retiro quirúrgico de este órgano, que se conoce como una apendicectomía. La cirugía típicamente se hace mediante una pequeña incisión en el abdomen, y se puede realizar con anestesia general o regional. En algunos casos, se puede requerir tratamiento con antibióticos antes o después de la cirugía para controlar la infección (12) (13).

Caso clínico n.º 3 - Síndrome compartimental

El síndrome compartimental por traumatismo es una afección que ocurre cuando la presión dentro de un espacio muscular o fascial aumentan a niveles peligrosos, comprimiendo los vasos sanguíneos, nervios y otros tejidos del compartimiento. Esto podría conducir a una disminución del flujo sanguíneo y a la muerte del tejido, lo que puede provocar una lesión grave e incluso la amputación de la extremidad afectada. Así mismo, dentro de la patogénesis

podemos encontrar la liberación de citocinas inflamatorias. La isquemia tisular resultante puede provocar daño en los nervios y los músculos, lo que puede llevar a una disfunción muscular, lesiones nerviosas y, en casos graves, necrosis tisular. Otros factores que pueden contribuir al síndrome compartimental incluyen el uso excesivo de los músculos, la obstrucción arterial y venosa, la trombosis y la obstrucción del flujo linfático.

Su diagnóstico consiste en la combinación de hallazgos clínicos y de presión intracompartimental medido mediante un catéter. Se realiza una evaluación clínica detallada, que incluye la medición de la PA, la evaluación neurológica y la evaluación del pulso distal. También se debe evaluar el dolor, la sensibilidad, el edema y la tensión muscular.(14)

El tratamiento incluye tanto opciones médicas como quirúrgicas, y depende del grado y la gravedad del síndrome.

En casos leves, el tratamiento médico puede incluir elevar el miembro afectado, así mismo hielo tópico, medicamentos analgésicos y antiinflamatorios. Sin embargo, en casos más graves, el cuadro puede requerir de tratamiento quirúrgico para aliviar la presión en el compartimiento afectado.

La fasciotomía es la técnica quirúrgica de elección. Consiste en la incisión de la fascia del compartimento afectado, lo que permite la liberación de la presión y la restauración del flujo sanguíneo normal. El momento óptimo para la realización de una fasciotomía depende de la gravedad del síndrome y de la rapidez con que se ha producido el daño tisular.

Es importante destacar que el tratamiento debe ser realizado de manera oportuna y adecuada, ya que un retraso en la intervención quirúrgica puede llevar a complicaciones graves, como la pérdida permanente de la función muscular y la amputación (15).

La fractura de plateau tibial Schatzker tipo V de la tibia es compleja, que involucra la superficie articular de la rodilla. Este tipo se caracteriza por una fractura en la meseta tibial, otra vertical de la eminencia intercondílea y una de la porción posterior de la tibia. La fractura puede ser intraarticular o extraarticular y puede ser asociada a una lesión de ligamentos o meniscos (16). El tratamiento de la fractura tipo V de Schatzker generalmente requiere cirugía para lograr una reducción anatómica y la estabilización de la articulación

rotuliana. El tratamiento quirúrgico de elección depende de la extensión de la fractura y la estabilidad de la articulación. Los enfoques quirúrgicos pueden incluir la fijación interna con placa y tornillos, la artroscopia con reducción abierta y la artroplastia de reemplazo (17).

El pronóstico del tratamiento se basa en la gravedad de la fractura, la edad y la salud general del paciente, así como la capacidad de continuar el plan de tratamiento y las indicaciones para una correcta rehabilitación.

En general, con un abordaje y una rehabilitación apropiada, la mayoría de los pacientes pueden esperar una recuperación satisfactoria de la fractura y la recuperación de la funcionalidad normal de la rodilla. Sin embargo, en algunos casos, pueden surgir complicaciones, como infección, retraso en la curación, rigidez de la articulación y dolor crónico (18).

Caso clínico n 4 - Hernia femoral estrangulada

Una hernia se define como la protrusión o salida de una víscera o tejido mediante una abertura o debilidad en la pared muscular o fascia que lo contenga normalmente. Ocurren en diferentes partes del cuerpo, pero son más comunes en el abdomen, especialmente en la región inguinal. Pueden ser congénitas o adquiridas y son de etiología multifactorial, como la debilidad muscular, el esfuerzo físico, la obesidad, la tos crónica, el embarazo y la cirugía previa.

Existen varios tipos que se pueden clasificar de diferentes maneras según la ubicación y características de la protrusión:

- Hernia inguinal: Es la hernia más común, se genera cuando parte del intestino o tejido graso se sale a través de un área debilitada en la pared abdominal. Se pueden clasificar en:

1. Hernia inguinal indirecta: La protrusión se produce a través del canal inguinal, un conducto estrecho por el cual los testículos descienden desde el abdomen hasta el escroto en el desarrollo fetal.

2. Hernia inguinal directa: La protrusión se produce a través de un punto debilitado en la pared abdominal, cerca del canal inguinal.

- Hernia femoral: Es similar a la hernia inguinal, pero se produce en la parte superior del muslo, cerca de la ingle. Además, se ha observado que las mujeres

son más propensas a desarrollar hernias femorales que los hombres, posiblemente debido a las diferencias en la anatomía y al mayor estrés en la zona de la ingle durante el embarazo y el parto, también puede ser más difícil de diagnosticar.

- Hernia umbilical: Se produce cuando parte del intestino o tejido graso sobresale a través de un punto débil en la pared abdominal en la zona del ombligo. Es común en bebés y puede desaparecer por sí sola en los primeros meses de vida, pero en algunos casos requiere tratamiento.

- Hernia de hiato: Se produce cuando parte del estómago sobresale a través del diafragma, que es el músculo que separa el pecho del abdomen. Puede causar síntomas de reflujo ácido.

La hernia femoral es una protrusión o abultamiento de una parte del intestino o tejido graso a través de un punto debilitado en la pared abdominal, en la zona de la ingle y en la parte superior del muslo. Esta hernia ocurre cuando una parte del intestino se desliza a través del anillo femoral, un pequeño canal que se encuentra debajo del ligamento inguinal y que permite el paso de los vasos sanguíneos y nervios hacia la pierna.

Existen dos tipos principales de hernias femorales:

- Hernia femoral directa: Es aquella que sobresale directamente hacia el exterior a través del anillo femoral. Es menos común que la hernia femoral indirecta, la cual sobresale a través del anillo femoral.(19)

Los síntomas de una hernia femoral pueden incluir dolor, sensación de ardor opresión en la región inguinal, y una protuberancia visible o palpable en la zona afectada. Puede provocar complicaciones graves, como obstrucción intestinal o estrangulación de la hernia.

El tratamiento dependerá del tamaño y su gravedad, así como de los síntomas. En algunos casos, una hernia femoral puede ser asintomática y por lo tanto no recibir tratamiento inmediato, aunque se recomendaría un seguimiento médico regular para la evolución de esta. Si es sintomática, los siguientes tratamientos pueden ser recomendados:

- Manejo conservador: En algunos casos, se puede recomendar un enfoque de "esperar y ver" para observarla y controlar los síntomas. Se pueden

recomendar cambios en el estilo de vida, como evitar levantar objetos pesados y reducir la actividad física.

- Uso de una férula: Se puede colocar una férula especial para contener la protrusión y reducir la presión sobre la zona afectada.

- Cirugía: Generalmente estos casos se resuelven con cirugía, en la cual adicionalmente se colocará una malla para reforzar la pared abdominal.

Es importante tener en cuenta que una hernia femoral puede causar complicaciones graves si no se trata adecuadamente, como obstrucción intestinal o estrangulación.

La hernia femoral estrangulada es una emergencia quirúrgica y requiere tratamiento inmediato. El manejo quirúrgico consiste en la reducción del contenido herniario, seguida de la reparación de esta, mediante una técnica quirúrgica adecuada. Si se encuentra tejido necrótico o perforación intestinal, se realiza un debridamiento del tejido necrótico y la reparación de la perforación. Las técnicas quirúrgicas utilizadas para la reparación incluyen la reparación con suturas, la hernioplastia con malla, la herniorrafía laparoscópica y la herniorrafía abierta. La elección de la técnica depende de la evaluación clínica del paciente.

- Herniorrafía con suturas: esta técnica consiste en la reparación utilizando suturas para cerrar la hernia y fortalecer el tejido circundante.

- Hernioplastia con malla: esta técnica implica la colocación de una malla quirúrgica sobre el defecto herniario para fortalecer el área y reducir el riesgo de recurrencia de la hernia.

- Herniorrafía laparoscópica: esta técnica quirúrgica implica la realización de pequeñas incisiones en el abdomen y la inserción de un laparoscopio para visualizar y reparar la hernia.

- Herniorrafía abierta: esta técnica quirúrgica implica la realización de una incisión en el área de la hernia y la reparación de la hernia utilizando suturas o una malla quirúrgica.

3.3 Casos clínicos en Pediatría:

Caso clínico n.º 1 - Gastroenteritis aguda

La enfermedad diarreica aguda se refiere a una condición en la que se produce un aumento en la frecuencia y disminución de la consistencia de las heces, generalmente acompañado de dolor abdominal, cólicos, náuseas, vómitos y deshidratación. Puede ser causada por infecciones virales, bacterianas o parasitarias, así como por reacciones alérgicas, intolerancia a ciertos alimentos o medicamentos, entre otros factores. Es considerada aguda si dura menos de dos semanas. Es importante tratarla para evitar complicaciones como la deshidratación y la pérdida de nutrientes importantes para el cuerpo.

Es una enfermedad que se ve diariamente en el consultorio de pediatría, y es considerada la segunda causa de morbilidad y mortalidad en niños mundialmente. Tiene etiología multifactorial, dentro de las cuales la más frecuente es la viral como el rotavirus, adenovirus, astrovirus, enterovirus, los cuales se acompañan de síntomas respiratorios y vómitos. Entre la etiología bacteriana, encontramos al *Campylobacter spp*, *Salmonella spp*, *Shigella spp*, etc., esta se caracteriza por fiebre elevada y heces con sangre y moco. También se encuentra la etiología parasitaria como *Giardia*, *Cryptosporidium*, *Entamoeba*. Esta enfermedad está frecuentemente relacionada a malas condiciones salubres, lo cual conlleva a la ingesta de alimentos o agua expuesta a patógenos.

El diagnóstico de gastroenteritis en pediatría se basa en la evaluación clínica, la cual consta de una buena anamnesis, indagando en la exposición reciente a alimentos contaminados o averiguando por factores de riesgo, asimismo se debe realizar un examen físico completo, en donde es imperativo evaluar el estado de deshidratación del paciente para poder tener un tratamiento preciso y acertado, la cual se puede realizar determinando el porcentaje de pérdida ponderal, si es menos de 3 % no hay deshidratación o se puede clasificar como deshidratación leve, si perdió de 3 a 9 % se clasifica como moderada, y si perdió más del 9% se considera como deshidratación grave. También se puede evaluar el grado de deshidratación con parámetros como el estado de conciencia, hundimiento de ojos, afectación de mucosas, ausencia de lágrimas, sed y signo del pliegue, con estos datos se puede elegir el plan que se usará para el tratamiento.

Solo en casos especiales se necesitaría exámenes auxiliares, pero generalmente no requieren, la etiología que se presenta con más frecuencia es la viral.

El tratamiento va a ir acorde al nivel de deshidratación, y se clasifica en Plan A: que tiene como objetivo la prevención de la deshidratación, el Plan B para tratamiento de esta y Plan C para tratamiento de casos grave.

En el caso clínico presentado, se evidencia que los lactantes menores son más propensos a requerir de un manejo hospitalario. Algunos de los criterios de ingreso hospitalario para la gastroenteritis aguda son la deshidratación grave, síntomas neurológicos, intolerancia oral o fracaso de la rehidratación oral, vómitos intratables o biliosos, etc. Además, nos demuestra que un paciente pediátrico puede presentar a la vez síntomas respiratorios y gastrointestinales, que posiblemente tengan el mismo agente etiológico.(20) (21).

Caso clínico n.º 2 - Enfermedad de Kawasaki

Se define a la enfermedad de Kawasaki como un síndrome caracterizado por la aparición de episodios febriles asociado a un exantema. A nivel patológico es una vasculitis de vasos medianos que afecta principalmente a los vasos coronarios, pudiendo generar patologías cardíacas adquiridas. A pesar de conocer bien la clínica y tratamiento para la enfermedad, hasta el momento se desconoce la etiología específica, varias hipótesis plantean la posibilidad de una causa infecciosa (22).

El diagnóstico es principalmente bajo criterios clínicos. El síntoma necesario es la presencia de fiebre alta, entre 39 a 40 C, durante 4 o 5 días seguidos, que podría no remitir con el uso de antipiréticos. Adicionalmente a esta deben aparecer 4 o más de los siguientes criterios:

Conjuntivitis bilateral no exudativa indolora.

Orofaringe eritematosa difusa, labios rasgados y/o lengua aframbuesada.

Exantema inicialmente descamativo en la zona perineal que se transforma en un exantema maculopapular eritematoso.

Edematización de las manos y de los pies asociado a eritema en palmas y plantas en la enfermedad aguda. Al avanzar la enfermedad a nivel subagudo aparece una descamación.

Linfadenopatía cervical unilateral en la mayoría de los casos, no o poco dolorosas de un tamaño mayor o igual a 1.5 cm.

En este caso, la niña tiene una historia clínica de 5 días de fiebre que se acompaña de exantema polimorfo, labios fisurados, edema en palmas, eritema conjuntival bilateral no exudativa y linfadenopatía cervical donde al menos uno mide mayor igual a 1.5 cm, por lo que concuerda con los criterios diagnósticos.

A nivel laboratorial no hay indicativos precisos ni específicos de la enfermedad, pero, es posible que se alteren los siguientes parámetros(23):

Disminución de la hemoglobina que llega a generar una anemia leve.

Una leucocitosis neutrofílica inicial que podría terminar en una neutropenia.

Trombocitosis, que raramente podría convertirse en una trombocitopenia.

Gran elevación de los niveles de la velocidad de eritrosedimentación.

Piuria estéril, principalmente generada por inflamación uretral.

Incremento de la procalcitonina sérica.

Gran incremento de la proteína C reactiva.

Alteraciones electrolíticas, principalmente hiponatremia.

Disminución de la albúmina sérica.

Incremento de las transaminasas de forma leve a moderada.

Incremento de los triglicéridos y LDL.

En este caso respectivo, el paciente solo presenta un gran incremento del PCR de 67.1 mg/dl, pero, considerando que los criterios clínicos se cumplen a detalle, entonces igual se decidió tratar al paciente.

Con respecto al tratamiento, cuando se tiene la sospecha de un paciente con Kawasaki, se inicia tratando con inmunoglobulinas intravenosas (IVIG) 2g/kg asociado a altas dosis de aspirina, usualmente entre 80 a 100 mg/día. Una vez iniciado el tratamiento se debe monitorear la fiebre durante 48 horas, si el paciente persiste con el síndrome febril posterior a las 48 horas se recomienda una segunda dosis de IVIG, hasta una tercera si persiste. Si a pesar de ello, se mantiene la fiebre se puede hacer uso de metilprednisolona 30 mg/kg. Como última opción al mantenimiento de la fiebre, se usaría Infliximab 5mg/kg. En caso la fiebre cese en las siguientes 48 horas, se suspende el uso de IVIG y se reduce la dosis de aspirina a 3-5 mg/kg, debiendo tomar el paciente dicho medicamento durante 6 a 8 semanas (24). En este caso, se llegó a utilizar dos

dosis de IVIG debido a que no había resolución de la fiebre y se le indicó el seguimiento a tener, mismo que se comenta en el siguiente párrafo.

Para el seguimiento, se recomienda tomar un ecocardiograma en la semana dos de la enfermedad y entre las semanas 6 a 8 para evaluar la presencia de aneurisma coronario. Si es que no hay, pero las plaquetas continúan elevadas se da una dosis baja de aspirina; por el contrario, si es que hay presencia de un aneurisma coronario se debe evaluar el tamaño. En caso de aquellos que tengan un tamaño menor a 6 mm se dan dosis de aspirina asociadas a clopidrogel; y si es mayor de 6 mm se puede dar aspirina más otro anticoagulante cumarínico.

Caso clínico n.º 3 - Neurofibromatosis tipo I

La neurofibromatosis es un trastorno genético caracterizado por la formación de tumores no cancerosos o benignos en el sistema nervioso periférico. Se trata de una enfermedad hereditaria que se puede transmitir de padres a hijos, aunque en algunos casos puede aparecer de manera espontánea sin antecedentes familiares.

Existen tres tipos principales de neurofibromatosis:

1. Tipo 1: La más frecuente de los subtipos de neurofibromatosis. Esta forma de la enfermedad está caracterizada por presentar múltiples manchas café con leche en la piel, nódulos de Lisch en el iris, escoliosis y otros síntomas.
2. Tipo 2: A comparación del NF1, se encuentra en menos población y está caracterizada por tumores en los nervios del oído interno y del cerebro, lo que puede provocar sordera, problemas de equilibrio, dolores de cabeza y otros síntomas.
3. Schwannomatosis: Es la presentación más rara de esta enfermedad, que se caracteriza por el desarrollo de tumores en los nervios periféricos, pero no se asocia con la presencia de neurofibromas cutáneos.

Neurofibromatosis. National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) (25).

El diagnóstico se realiza mediante la combinación de características clínicas y hallazgos radiológicos, genéticos y/o histopatológicos. El diagnóstico también puede confirmarse mediante pruebas genéticas, que permiten la identificación de mutaciones específicas en los genes NF1, NF2 o SMARCB1,

según el tipo. La histopatología y las pruebas imagenológicas (RM o TEM cerebral como en el caso de nuestra paciente) también pueden ser útiles en el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad.(26)

El pronóstico del subtipo 1 varía ampliamente según la gravedad y la variedad de los síntomas y complicaciones. En general, las personas con el tipo 1 suelen tener una esperanza de vida dentro de los parámetros normales, sin embargo, pueden presentar complicaciones graves.

Las complicaciones más comunes de la NF1 incluyen problemas neurológicos, como convulsiones, déficits cognitivos y trastornos de la atención, así como tumores benignos y malignos, como neurofibromas, gliomas, schwannomas y meningiomas. Los pacientes con NF1 también pueden tener problemas óseos, como escoliosis y osteoporosis, y anomalías en la piel y los ojos.

Sobre el tratamiento, actualmente, no existe una cura para la neurofibromatosis tipo 1 (NF1). El enfoque del tratamiento se basa en el manejo de los síntomas y las complicaciones asociadas, puede incluir intervenciones médicas, quirúrgicas y terapias complementarias.

A continuación, se detallan algunos de los tratamientos utilizados para la neurofibromatosis tipo 1:

1. Cirugía: Sería necesaria ante la presencia de tumores benignos o para tratar problemas óseos, como la escoliosis.
2. Terapias farmacológicas: se utilizan medicamentos para tratar síntomas específicos, como dolor, hipertensión arterial, convulsiones y problemas óseos.
3. Terapia ocupacional y fisioterapia: se puede requerir terapia ocupacional y fisioterapia para abordar problemas de coordinación motora, fuerza muscular y flexibilidad.
4. Terapia del habla y lenguaje: algunos individuos con NF1 pueden experimentar problemas de habla y lenguaje, por lo que se puede requerir terapia del habla y lenguaje.
5. Terapias complementarias: terapias complementarias, como la acupuntura y la meditación, pueden ser útiles para el manejo del dolor y la ansiedad en algunos pacientes.

Es importante destacar que el tratamiento de la NF1 es multidisciplinario y

debe ser individualizado según la presentación clínica de cada paciente. Se debe proporcionar un seguimiento continuo para evaluar y manejar las complicaciones de la enfermedad, además de la investigación y el desarrollo de nuevas terapias para la NF1 continúan siendo una prioridad para mejorar la calidad de vida de las personas con esta enfermedad.

El tratamiento quirúrgico puede ser necesario para la neurofibromatosis tipo 1 (NF1) cuando los tumores son grandes, dolorosos o comprometen la función de un órgano o extremidad. Los tipos de cirugía que se pueden realizar incluyen:

- Resección de tumores: esta es la extirpación quirúrgica de un tumor. Puede realizarse en tumores subcutáneos o plexiformes y dependerá del tamaño y la ubicación del tumor. Si lo enfocamos a nuestra paciente, el tratamiento quirúrgico de un tumor de fosa posterior depende del tipo de tumor y su ubicación. Los tumores de fosa posterior incluyen meduloblastomas, astrocitomas, epéndimomas y tumores del tronco cerebral (27).

- Descompresión de nervios: en algunos casos, los tumores pueden comprimir los nervios y causar dolor o debilidad. La descompresión quirúrgica de los nervios puede ayudar a aliviar estos síntomas (28).

- Cirugía reconstructiva: algunos individuos con NF1 pueden experimentar problemas óseos, como la escoliosis. En estos casos, se puede requerir cirugía reconstructiva para corregir la deformidad y mejorar la función (29).

Es importante destacar que la cirugía puede tener riesgos y efectos secundarios, por lo que se debe discutir cuidadosamente con el equipo médico y sopesar los beneficios y riesgos antes de tomar una decisión. Además, el manejo quirúrgico de la NF1 es complejo y requiere de un equipo de especialistas en neurofibromatosis y cirugía plástica para garantizar los mejores resultados.

Caso clínico n.º 4 - Bronquiolitis aguda

La bronquiolitis aguda es una inflamación de los bronquiolos, las vías respiratorias más pequeñas que conducen el aire a los sacos de aire en los pulmones, esta se presenta con mayor frecuencia en niños menores de 2 años y es causada generalmente por una infección viral, especialmente por el virus respiratorio sincitial (VRS). (30)

La etiopatogenia se relaciona principalmente con infecciones virales, como el virus respiratorio sincitial (VRS), aunque también puede ser causada por otros virus respiratorios como por ejemplo los virus parainfluenza, adenovirus y rinovirus. El principal agente etiológico, en la mayoría de los casos de bronquiolitis aguda, es el VRS.(31)

El VRS es un virus de ARN de la familia *Paramyxoviridae*, se transmite principalmente a través del contacto directo con secreciones respiratorias de personas infectadas, así como por contacto indirecto con superficies contaminadas. Este infecta las células del tracto respiratorio inferior, incluyendo los bronquiolos, lo que conduce a la inflamación de las vías respiratorias y la obstrucción de los bronquios. La infección también puede causar daño directo a las células del revestimiento de las vías respiratorias y alterar la función normal de los cilios en los bronquios. Además, también puede desencadenar una respuesta inmunitaria exagerada, incluyendo la liberación de citocinas inflamatorias y la activación de células inflamatorias, lo que contribuye a la inflamación y el estrechamiento de dichas vías.

El diagnóstico de la se basa en la presentación clínica del paciente y en la evaluación de factores de riesgo para la enfermedad, así como en la exclusión de otras posibles causas de los síntomas respiratorios. El diagnóstico generalmente se realiza en el contexto de la temporada de virus respiratorios y se basa en una combinación de factores clínicos y epidemiológicos. El proceso de diagnóstico puede incluir lo siguiente:

- Evaluación de la historia clínica del paciente: se recopilan datos sobre los síntomas respiratorios actuales del paciente, la duración de los síntomas, la presencia de fiebre y otros síntomas relacionados con la infección respiratoria, así como factores de riesgo para la enfermedad, como la edad del paciente y la exposición a otros niños enfermos. Los síntomas iniciales pueden incluir fiebre, tos, congestión nasal y malestar general.

- Examen físico: se realiza un examen físico completo del paciente, prestando especial atención a los signos y síntomas respiratorios, como la presencia de sibilancias, crepitantes, ruidos respiratorios anormales, dificultad para respirar y cianosis.

Aquí se considera la interpretación de la exploración en la Escala de Severidad

de Bronquiolitis Aguda, donde se tienen ítems como la identificación de la presencia de sibilancias durante los momentos de la espiración e inspiración, si es que hay obstrucción de las mismas, la extensión de crepitantes por el tórax, el grado de esfuerzo respiratorio con o sin tirajes, se evalúa la relación de la inspiración y la espiración y por último la frecuencia respiratoria. La interpretación de resultados se da como leve a menor de 4 puntos, moderada de 5 a 8 puntos y grave de 9 a 12 puntos.(32)

- Pruebas de diagnóstico: se pueden realizar pruebas de diagnóstico para identificar la presencia de virus respiratorios, como el virus respiratorio sincitial (VRS), en las muestras de secreciones respiratorias del paciente. Estas pruebas pueden incluir pruebas de detección de antígeno viral o pruebas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) (33).

Es importante destacar que el diagnóstico de la bronquiolitis aguda es principalmente clínico y que las pruebas de laboratorio no siempre son necesarias para hacer el diagnóstico. La mayoría de los casos de bronquiolitis aguda se pueden manejar en el ámbito ambulatorio y no requieren hospitalización o pruebas diagnósticas invasivas.

El tratamiento es en gran medida de soporte y sintomático, y depende de la gravedad de la enfermedad. Los niños con enfermedad leve a moderada pueden tratarse en casa con medidas que incluyen la administración de líquidos adecuados y la observación cuidadosa. Aquellos con enfermedad grave pueden necesitar hospitalización, oxígeno suplementario y apoyo respiratorio. No se recomienda el uso de antibióticos para tratarla, ya que generalmente es causada por un virus. En algunos casos, se pueden recetar broncodilatadores o corticosteroides inhalados para ayudar a reducir la inflamación y mejorar la respiración.

3.4 Casos clínicos en Medicina Interna:

Caso clínico n.º 1 - Colangitis

El cuadro de dolor abdominal es uno de los más frecuentes en la práctica médica, las causas son múltiples, y dependen de su localización y características pero en el presente caso, el dolor se localizaba en el hipocondrio derecho, en este caso tenemos las siguientes estructuras:

hígado, vesícula biliar, vías biliares y colon, pero si añadimos que la paciente presentó ictericia reducimos el espectro a un proceso obstructivo, para lo cual se debe confirmar con marcadores de colestasis, y observamos la fosfatasa alcalina elevada, así mismo la bilirrubina elevada confirma la ictericia obstructiva, en este punto es de suma ayuda una ecografía abdominal que nos puede brindar el punto de obstrucción, y efectivamente nos informó que se encontraba un cálculo enclavado en el colédoco, con presencia de cálculos en la vesícula, en casos de duda se procede a la colangiografía, que cada vez se realiza más de rutina, pero el problema es su costo, hasta este punto tendríamos una coledocolitiasis y colelitiasis, pero lo que llama la atención es la fiebre, por lo que utilizaremos los criterios diagnósticos de Tokio 2018, para diagnosticar colangitis, según estos criterios tenemos 3 grupos: Inflamación sistémica (fiebre y leucocitosis), Colestasis (ictericia y pruebas de función hepática alteradas), Imágenes (dilatación de vía biliar con imagen de un cálculo), entonces con estos hallazgos podemos definir un diagnóstico definitivo de colangitis. Ahora hay que definir su severidad, para lo cual usamos los mismos criterios, que dividen la severidad en 3 grados, para ser de grado III debe haber evidencia de disfunción de órganos o sistemas, que no se encontró en el paciente, para grado II se requiere una leucocitosis mayor a 12000/mm³, fiebre mayor de 39 °C, mayor de 75 años o una bilirrubina total mayor de 5 mg/dl, y ninguno de estos valores presentó el paciente, por lo que lo diagnosticamos de colangitis leve o de grado I, este diagnóstico permitió que liberando la vía biliar del cálculo y el drenaje del contenido infectado, el paciente evoluciona favorablemente, quedando pendiente realizar la colecistectomía a la brevedad para evitar una nueva migración de algún cálculo.

Este caso nos enseña cómo proceder si se nos presenta un cuadro icterico con dolor, pero eso sí, se requeriría del apoyo logístico de laboratorio e imágenes (34).

Caso clínico n.º 2 - Pancreatitis

En este caso, nuevamente se puede ver que acude a emergencia un paciente varón con dolor abdominal, pero ocasionado por la ingesta copiosa de grasa, y presenta un dolor característico de inflamación pancreática, pero que debe

de descartarse un problema ácido péptico, se confirma el diagnóstico con la elevación de más de 3 veces su valor normal de amilasa y lipasa sérica, en un primer momento el dolor persistió por lo que era necesario evaluar el pronóstico en el paciente.

En la actualidad se han confeccionado varios criterios para evaluar severidad y pronóstico, en el caso de evaluar la severidad nos sirve para tomar la decisión de ingresar al paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos o seguir mejorándolo en sala de hospitalización (35).

Uno de los primeros criterios que se crearon en caso de pancreatitis aguda son los criterios de Ranson, donde si el paciente tiene más de 3 criterios, se considera una pancreatitis severa, al ingreso el paciente con cumplió con ninguno de los criterios, leucocitosis mayor de 18,000/mm³, DHL mayor a 400 UI/L, glicemia mayor a 220 mg/dl, AST mayor a 250 UI/L y edad mayor a 70 años. Estos valores son para el caso de ser una pancreatitis biliar, que podría ser el caso por la presencia de cálculos en la vesícula biliar.

Con el tiempo se consideró que los criterios de Ranson tenían un problema y era que necesitaban de 48 horas para completarlos y determinar las severidad debería ser un decisión rápida, por eso se han creado nuevos criterios como el de BISAP donde más de 3 criterios determina severidad, los criterios son BUN mayor de 25 mg/dl, alteración del estado mental, SIRS, edad mayor de 60 años, derrame pleural, ninguno de los cuales presentó el paciente, otros criterios fueron elaborados, como los tomográficos de Balthazar, que consta de 5 grados de la A al E, A: Páncreas normal, B: Páncreas edematoso, C: Inflamación peripancreática, D: Una colección peripancreática, E: presencia de 50 % de necrosis pancreática, presencia de gas o 2 o más colecciones.

En el caso del paciente solo se encontró un páncreas edematoso, que da 1 punto para el índice de severidad que equivale a un 30 % de la glándula con necrosis, siendo esto un índice de severidad bajo (36).

Este diagnóstico nos indicó que el paciente puede ser manejado en sala de hospitalización, como fue hecho, al mejor se probó tolerancia oral, la cual la aceptó sin complicaciones, quedando pendiente el manejo preventivo de realizarle una colecistectomía, en vista que su vesícula presentaba múltiples cálculos en su interior.

Este caso nos demuestra que, siguiendo las pautas de las diferentes guías de

manejo en cuanto a pancreatitis, se puede prevenir complicaciones que pueden llegar a ser fatales.

Caso clínico n.º 3 - Colecistitis aguda

La colecistitis aguda calculosa es una inflamación repentina de la vesícula biliar que puede ser causada por la obstrucción del conducto biliar debido a la presencia de cálculos biliares o por una infección bacteriana. La obstrucción del conducto biliar puede provocar una acumulación de la bilis en la vesícula biliar. La infección bacteriana puede causar la inflamación directa de la vesícula, en relación a esta se encuentran patógenos como *E.coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterococcus faecalis*, entre otros. La inflamación puede provocar dolor abdominal intenso en el cuadrante superior derecho, náuseas, vómitos, fiebre y escalofríos.

Los cálculos biliares se forman cuando hay un desequilibrio en la composición de la bilis, que contiene colesterol, sales biliares y bilirrubinas. Además, existen ciertos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar cálculos, estos factores incluyen la obesidad, diabetes, el embarazo, la toma de anticonceptivos orales, la dieta rica en grasas y la edad avanzada.

El diagnóstico se basa en una combinación de la historia clínica del paciente, el examen físico y las pruebas de diagnóstico por imágenes. Es importante destacar que la presencia de cálculos biliares no siempre es suficiente para establecer el diagnóstico, ya que muchas personas pueden tener cálculos biliares asintomáticos por lo tanto es necesario tener en cuenta los síntomas clínicos y hallazgos imagenológicos para confirmar el diagnóstico. A continuación, detallamos los criterios diagnósticos:

1. Síntomas clínicos: La presencia de hipersensibilidad en el cuadrante superior derecho que puede irradiarse a la espalda o al hombro derecho es uno de los principales síntomas de la colecistitis aguda, signo de Murphy positivo, además se pueden acompañar de síntomas como fiebre, escalofríos, náuseas y vómitos. Adicionalmente podemos mencionar signos de gravedad a la inestabilidad hemodinámica, acidosis metabólica o íleo.

2. Ecografía abdominal: Es la prueba de elección para el diagnóstico, ya que permite visualizar la presencia de cálculos biliares y la inflamación de las paredes vesiculares, sus conductos o verificar la presencia o no de líquido peri

vesicular.

3. Tomografía computarizada: Es una prueba que puede ser usada si la ecografía no es concluyente o si hay sospecha de complicaciones como perforación vesicular o de sus alrededores.

4. Colangiopacreatografía retrógrada endoscópica (CPRE): técnica de diagnóstico y tratamiento que se usa en la colecistitis aguda calculosa complicada, esta técnica combina la endoscopia y la radiología para visualizar la vía biliar y pancreática, en algunos casos también es usada como tratamiento para la obstrucción biliar o para esfinterotomía endoscópica para eliminación del cálculo y alivio de la obstrucción.

5. Analítica sanguínea: los niveles elevados de leucocitos y la elevación de marcadores inflamatorios, como la proteína C reactiva son indicativos de una infección en el cuerpo y pueden ser útiles para confirmar el diagnóstico. Frecuentemente esta patología puede estar acompañada de un leve incremento de la amilasa y bilirrubinas.

6. Radiografía simple de abdomen: Útil para identificar cálculos biliares calcificados, sin embargo, es menos sensible que la ecografía y la Tomografía computarizada.

El diagnóstico definitivo se da ante la presencia de un signo local de inflamación, acompañado de un signo sistémico de inflamación y el hallazgo de imágenes características de colecistitis confirman el diagnóstico de sospecha.

El tratamiento tiene como objetivo aliviar el dolor e inflamación, también prevenir o tratar la infección. Los medicamentos comúnmente utilizados en el tratamiento de la colecistitis aguda calculosa incluyen:

1. Analgésicos: entre los cuales, los más comúnmente usados son paracetamol, opioides y tramadol.

2. Antiinflamatorios no esteroideos (AINES)

3. Antibióticos: utilizados para prevenir o tratar infecciones bacterianas asociadas a la colecistitis aguda. Los más comunes incluyen amoxicilina-clavulánico, ciprofloxacino, levofloxacino, metronidazol y clindamicina.

El tratamiento farmacológico es temporal y la cirugía vesicular sigue siendo el tratamiento definitivo para la enfermedad.

El tratamiento quirúrgico se recomienda en colecistitis aguda grave o

recurrente, que no responde al tratamiento médico o que presenta complicaciones. Los criterios incluyen:

1. Dolor abdominal intenso y persistente: si el dolor abdominal es intenso y persistente, a pesar del tratamiento médico, se considera que la colecistitis aguda es grave y puede requerir una intervención quirúrgica.
2. Fiebre: la fiebre es un síntoma común en la colecistitis aguda, pero si la fiebre persiste durante más de 24 o 48 horas, a pesar del tratamiento con antibióticos, se considera que la infección es grave y puede requerir una intervención quirúrgica
3. Signos de inflamación o infección: Si se observan signos de inflamación o infección en los análisis de sangre, como el aumento de los niveles de glóbulos blancos o la presencia de bilirrubina, puede ser necesario realizar una cirugía.
4. Cálculos grandes o múltiples: si los cálculos biliares son grandes o múltiples, aumenta el riesgo de complicaciones y la cirugía puede ser necesaria para prevenir problemas más graves
5. Pacientes con alto riesgo de cirugía: en algunos pacientes con comorbilidades, como enfermedades cardíacas o respiratorias, puede ser necesario realizar una cirugía para prevenir complicaciones

Colecistectomía abierta: es un procedimiento quirúrgico en el que se realiza una incisión en la pared abdominal para acceder a la vesícula biliar. Este procedimiento se utiliza en casos de colecistitis aguda complicada o en pacientes que presentan obstrucción del conducto biliar.

Colecistectomía laparoscópica: Procedimiento en la que se realizan más de una incisión en la pared abdominal, mediante las cuales se inserta una cámara y herramientas quirúrgicas para la extracción. Este procedimiento es menos invasivo y de recuperación más rápida.

Caso clínico n.º 4- Úlcera gástrica

El abdomen agudo se refiere a un conjunto de síntomas y signos que indican la presencia de una enfermedad o afección aguda en la cavidad abdominal, caracterizada por dolor abdominal intenso y repentino, que puede estar acompañado de náuseas, vómitos, fiebre, diarrea, distensión abdominal y cambios en el ritmo intestinal. Puede ser causado por diversas enfermedades o trastornos, como apendicitis, colecistitis, pancreatitis, úlceras perforadas,

obstrucción intestinal, torsión de un órgano abdominal, infección por la bacteria *Helicobacter pylori* y el uso crónico de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), entre otras. Es una emergencia médica que requiere una evaluación rápida y precisa para determinar la causa subyacente y proporcionar el tratamiento adecuado.

La etiopatogenia es compleja y multifactorial. La lesión de la mucosa gástrica se produce cuando hay un desequilibrio entre los factores agresores y los factores protectores de la mucosa gástrica. Los factores agresores incluyen el ácido gástrico y las enzimas digestivas, especialmente la pepsina, que pueden dañar la mucosa gástrica si están presentes en cantidades excesivas o durante un período prolongado de tiempo.

Los síntomas más comunes incluyen dolor abdominal, especialmente después de las comidas, sensación de plenitud o saciedad, náuseas, vómitos, pérdida de peso y falta de apetito. En algunos casos, puede causar sangrado gastrointestinal y producir heces negras y alquitranadas o vómitos con sangre. El diagnóstico se realiza mediante una endoscopia, la cual es el procedimiento más preciso para el diagnóstico ya que permite ver directamente la mucosa del estómago y duodeno para detectar la presencia de una úlcera y en algunos casos, se pueden realizar pruebas adicionales, como una biopsia para detectar la presencia de la bacteria *H. pylori* o para descartar la posibilidad de un cáncer gástrico. Las pruebas para la detección del *H.pylori* también pueden incluir análisis de sangre para la detección de anticuerpos contra la bacteria, o pruebas de heces para detectar la presencia de antígenos. Asimismo, se pueden realizar pruebas de sangre para medir la cantidad de hemoglobina (que puede disminuir debido a la pérdida de sangre debido a la úlcera o a una complicación como la perforación).

El tratamiento incluye el uso de medicamentos que reducen la producción de ácido en el estómago, como los inhibidores de la bomba de protones y los antagonistas de los receptores H₂, así como la erradicación de la bacteria *H. pylori* mediante el uso de antibióticos. En algunos casos, puede ser necesario realizar una cirugía para tratar una úlcera gástrica complicada. También se recomienda hacer cambios en el estilo de vida, como dejar de fumar, reducir el consumo de alcohol y evitar el uso crónico de AINEs.

El tratamiento farmacológico se basa en:

Uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP): Los IBP para reducir la producción de ácido en el estómago, estos medicamentos son altamente efectivos para reducir la acidez estomacal y promover la curación de la úlcera. Los IBP se toman generalmente por vía oral y se utilizan durante varias semanas.

Los protectores gástricos, como el sucralfato, son medicamentos que ayudan a proteger la mucosa gástrica y reducir la irritación en el estómago. Junto a estos se pueden recomendar los antiácidos, que neutralizan el ácido en el estómago y proporcionan alivio rápido de los síntomas de la úlcera gástrica. Los antiácidos pueden contener hidróxido de aluminio, hidróxido de magnesio o carbonato de calcio.

Si se debe a una infección por *Helicobacter pylori*, se necesitará un tratamiento con antibióticos para eliminar la bacteria. Se pueden utilizar diferentes combinaciones de antibióticos, y la duración del tratamiento varía según el caso, a continuación, mencionamos los recomendados por la guía del MINSA dependiendo del esquema:

1. Esquema de triple terapia: consiste en la combinación de un inhibidor de la bomba de protones (IBP), claritromicina y amoxicilina. El MINSA recomienda la siguiente dosificación:

- IBP: omeprazol 20 mg, lansoprazol 30 mg, pantoprazol 40 mg o esomeprazol 20 mg, dos veces al día, durante 14 días.
- Claritromicina 500 mg, dos veces al día, durante 14 días.
- Amoxicilina 1 g, dos veces al día, durante 14 días.

2. Esquema de cuádruple terapia: consiste en la combinación de un IBP, bismuto, metronidazol y tetraciclina. El MINSA recomienda la siguiente dosificación:

- IBP: omeprazol 20 mg, lansoprazol 30 mg, pantoprazol 40 mg o esomeprazol 20 mg, dos veces al día, durante 14 días.
- Bismuto subcitrato coloidal 120 mg, cuatro veces al día, durante 14 días.
- Metronidazol 500 mg, tres veces al día, durante 14 días.
- Tetraciclina 500 mg, cuatro veces al día, durante 14 días.

Se recomienda que la elección del esquema de tratamiento debe basarse en la resistencia antibiótica local o la presencia de alergias. Además, se recomienda realizar una prueba de confirmación de erradicación de *H. pylori*

después del tratamiento para verificar que la infección haya sido eliminada.

El tratamiento quirúrgico es necesario en caso de una úlcera gástrica perforada, ya que se trata de una emergencia médica que puede poner en peligro la vida del paciente. El objetivo de la cirugía es reparar la perforación y prevenir complicaciones graves, como la peritonitis.

El procedimiento quirúrgico para una úlcera gástrica perforada generalmente implica una laparotomía de urgencia, durante la cirugía, se examina el estómago y se repara la perforación. Si la úlcera es pequeña, se puede realizar una sutura o un parche de la perforación, sin embargo, en casos graves, se puede requerir la extirpación parcial del estómago.

Después de la cirugía, el paciente puede requerir un período de hospitalización para recuperarse. Se pueden administrar medicamentos para controlar el dolor y prevenir infecciones. Además, se puede recomendar una dieta blanda o líquida durante unos días después de la cirugía (37).

Como conclusión de nuestro caso clínico, podemos resumir que el diagnóstico fue un abdomen Agudo:

1. Perforación de úlcera gástrica: Se planteó por el inicio súbito del dolor, el abdomen en tabla y el dolor abdominal generalizado a predominio de epigastrio. El diagnóstico se complementa con la leucocitosis en los hallazgos de laboratorio y la presencia de neumoperitoneo de en la radiografía de tórax.
2. Colecistitis aguda calculosa: Se planteó por el dolor al palpar el hipocondrio derecho a la palpación superficial y profunda. Además, por el signo de Murphy (+) durante el examen físico.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El Internado médico debe ser la culminación de años de estudios, donde se vuelquen todos los conocimientos adquiridos, pero en muchos casos se convierte al interno en un tramitador de documentación, eso sí importante para el paciente, lo que toma mucho tiempo del día.

El horario de trabajo si bien está establecido, muchas veces no se cumple por

la carga asistencial y administrativa que se le encomienda al interno, y esto origina que no se puedan cumplir con los encargos académicos que indican los médicos de las rotaciones, así como la exposición a peligros de caminar fuera del hospital en horas de la noche; en años anteriores, se permitía salir por la puerta posterior que da a la estación del tren, lo cual fue prohibido, obligándolos a dar la vuelta al hospital muchas veces en horas de la noche.

Para poder desempeñarse adecuadamente, se debería contar con el mínimo de comodidades, como un ambiente con casilleros donde dejar nuestras pertenencias, así como un lugar donde ingerir nuestros alimentos en horas de almuerzo, pues muchos de nosotros llevamos nuestra comida y no contamos con un ambiente apropiado, por lo que nos vimos obligados a comprar comida en establecimientos fuera del hospital.

En cuanto a la infraestructura y equipos del hospital, se pudo observar que el paso del tiempo ha causado serios daños en los ambientes y equipos, requiriéndose un plan de mantenimiento para ambos casos.

Si bien entendemos que no todos los médicos asistentes son contratados por las universidades, lo que indica que no se les pague un adicional por enseñar, sería conveniente que realicen un convenio con la dirección del hospital, para que puedan solicitarles nos den un poco de tiempo para brindarnos sus experiencias, puesto que algunos no desean hacerlo sin alguna retribución económica.

La cantidad de tutores o profesores en las cuatro especialidades en las que se desarrolla el internado en los hospitales mencionados no es proporcional al número de internos que son asignados a dichos hospitales para mantener una supervisión eficiente, adecuada y asegurar los espacios físicos para el mejor desenvolvimiento de sus actividades, frente a otras universidades.

La Pandemia del COVID-19 ha modificado la formación habitual de los internos lo cual ha conllevado a disminuir la adquisición de capacidades hospitalarias y a aumentar las capacidades en consulta ambulatoria, debiendo valorarse si, este cambio es favorable o no, pues la mayor parte de los egresados no regresaran a laborar de manera hospitalaria sino en consulta ambulatoria, sin embargo la realización de procedimientos quirúrgicos ambulatorios se realiza en mayor cantidad y frecuencia en áreas hospitalarias que en áreas ambulatorias, con lo cual la mayor pericia se obtendría en el área

hospitalaria.

Los diferentes horarios laborales dificultan la realización de actividades académicas complementarias por la universidad y estas no siempre son entendidas por los médicos a cargo de los internos.

Como último aspecto, es difícil dejar de mencionar el pago a los internos, si bien se entiende que este año es parte de la carrera y aún no se nos considera profesionales de la salud, también es cierto que somos parte importante del sistema de salud, pues realizamos labores necesarias para el buen funcionamiento del hospital y/o centro de salud, y más aún somos uno de los integrantes del equipo que estamos en contacto más cercano a los pacientes, dándoles muchas veces, apoyo emocional o somos nexo con sus familiares, lo que contribuye en lograr el objetivo de recuperar su salud o en su defecto tener un final más digno, son innumerables los hechos ocurridos de compenetración con los pacientes y si algo compensa el pago que recibimos, que no alcanza muchas veces para los pasajes y alimentación, es el agradecimiento o la sonrisa del paciente o sus familiares, los que reconocen al interno como el “doctorcito” o la “doctorcita”, que siempre estuvo a su lado.

CONCLUSIONES

La profesión médica es una actividad que requiere una constante actualización, pues el avance es muy rápido en nuestros tiempos. La realidad que se vive en nuestro país muchas veces impide brindar a todos los pacientes y en todo lugar los medios para alcanzar la curación. Los que llegan al hospital, es probable que sus enfermedades, en muchos de ellos, se hayan podido evitar con un mejor programa de sensibilización a cargo del primer nivel de atención.

El interno de medicina no siempre es valorado en su real dimensión. Esta etapa es una vivencia irreemplazable para el desarrollo como profesional médico, pues el alumno se convierte en profesional, a través de una combinación de pasar de las aulas a lo real y de conocer de cerca el sufrimiento humano.

Hay muchas cosas perfectibles en el periodo de internado médico, que redundaría en un mejor aprovechamiento de este año final de la carrera. Es la etapa final de la formación de un médico donde aprende a integrar sus conocimientos teórico-prácticos, manejar su interrelación con profesionales de la salud y pacientes, y el desempeño en áreas hospitalarias.

La cantidad de tutores o profesores en las cuatro especialidades en las que se desarrolla el internado en los hospitales mencionados no es proporcional al número de internos que son asignados a dichos hospitales para mantener una supervisión eficiente, adecuada y asegurar los espacios físicos para el mejor desenvolvimiento de sus actividades, frente a otras universidades.

La pandemia del COVID-19 ha modificado la formación habitual que llevó a disminuir las horas hospitalarias y a aumentar las de consulta ambulatoria, debiendo valorarse si este cambio es favorable o no, pues la mayor parte de los egresados no regresaran a laborar de manera hospitalaria sino en consulta ambulatoria; sin embargo, los procedimientos quirúrgicos ambulatorios se

realizan en mayor cantidad y frecuencia en áreas hospitalarias que en ambulatorias, con lo que la mayor pericia se obtendría en la hospitalaria.

Los diferentes horarios laborales dificultan la realización de actividades académicas complementarias de la universidad

La aplicación de los protocolos MINSA, EsSalud, militares, seguros privados, no siempre utilizan los medicamentos o procedimientos más efectivos sino buscando un equilibrio costo-beneficio.

RECOMENDACIONES

Implementar un programa de actualización médica coordinado entre todas las especialidades dentro de cada centro hospitalario para mejorar la capacitación del interno de medicina.

Gestionar el mejoramiento de la infraestructura y equipamientos de los centros hospitalarios.

Implementar programas de sensibilización hacia las enfermedades más frecuentes en los centros de atención primaria.

Gestionar se brinde ambientes adecuados para una mínima comodidad a los internos de medicina, puesto que son quienes pasan más tiempo en el hospital.

Gestionar se disponga que todo interno de medicina del país deba pasar por un centro hospitalario y no solo realicen su internado en centros de salud, pues su entrenamiento sería incompleto.

Crear una comisión integrada por médicos asistentes, tutores, y especialmente por ex internos recientes de medicina de todas las universidades, para evaluar las mejoras para esta etapa de la carrera, que redundaría en un interno mejor preparado al final del año.

Incrementar la cantidad de docentes y tutores proporcional al número de internos de la sede y la cantidad de tutores de otras universidades

La estandarización de horarios laborales y académicos entre hospitales universitarios facilita la realización de actividades académicas de la universidad para todas las sedes, igualando conocimientos y competencias.

Retornar al modelo anterior de un año de internado, dando mayor porcentaje de horas a la actividad intrahospitalaria por encima del área de consulta externa

La universidad debería establecer protocolos propios para aplicar de modo que se busque la mayor efectividad posible y no el menor costo.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Información institucional [Internet]. [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/hma/institucional>
2. Hospital de Emergencias Villa El Salvador lidera el registro de historias clínicas electrónicas [Internet]. [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia/185478-hospital-de-emergencias-villa-el-salvador-lidera-el-registro-de-historias-clinicas-electronicas>
3. Información institucional [Internet]. [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/heves/institucional>
4. Alcalde AM, Martínez-Zamora MA, Carmona F. Adenomiosis. Una gran desconocida: ¿Qué debemos saber? Clínica E Investig En Ginecol Obstet. abril de 2021;48(2):184-9.
5. ¿Qué es la adenomiosis uterina? - Riesgos, síntomas y tratamiento [Internet]. Reproducción Asistida ORG. 2021 [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/adenomiosis/>
6. Muñoz LS, Quesada NV. maneJo de la HiPeremesis graVídica. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/599/art10.pdf>
7. Eduardo Sepúlveda S, Fátima Crispi B, Andrés Pons G, Eduard Gratacos S. Restricción de crecimiento intrauterino. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de noviembre de 2014;25(6):958-63.
8. Pimiento Infante LM, Beltrán Avendaño MA. Restricción del crecimiento intrauterino: una aproximación al diagnóstico, seguimiento y manejo. Rev Chil Obstet Ginecol. diciembre de 2015;80(6):493-502.
9. Acute cholecystitis | The BMJ [Internet]. [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/325/7365/639>
10. Yokoe M, Hata J, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Wakabayashi G, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). J Hepato-Biliary-Pancreat Sci. 2018;25(1):41-54.
11. Gomes CA, Junior CS, Di Saveiro S, Sartelli M, Kelly MD, Gomes CC, et al. Acute calculous cholecystitis: Review of current best practices. World J Gastrointest Surg. 27 de mayo de 2017;9(5):118-26.
12. Oscar Murúa-Millán. Apendicitis Aguda. REVMEUAS [Internet]. 10(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v10.n4.008>
13. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential->

diagnosis?search=apendicitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H23

14. McQueen MM, Duckworth AD, Aitken SA, Sharma RA, Court-Brown CM. Predictors of Compartment Syndrome After Tibial Fracture. *J Orthop Trauma*. octubre de 2015;29(10):451-5.
15. McQueen MM, Duckworth AD, Aitken SA, Court-Brown CM. The estimated sensitivity and specificity of compartment pressure monitoring for acute compartment syndrome. *J Bone Joint Surg Am*. 17 de abril de 2013;95(8):673-7.
16. Schatzker J, McBroom R, Bruce D. The tibial plateau fracture. The Toronto experience 1968--1975. *Clin Orthop*. 1979;(138):94-104.
17. Cho KY, Oh HS, Yoo JH, Kim DH, Cho YJ, Kim KI. Treatment of Schatzker Type V and VI Tibial Plateau Fractures Using a Midline Longitudinal Incision and Dual Plating. *Knee Surg Relat Res*. junio de 2013;25(2):77-83.
18. Gálvez-Sirvent E, Ibarzábal-Gil A, Rodríguez-Merchán EC. Complications of the surgical treatment of fractures of the tibial plateau: prevalence, causes, and management. *EFORT Open Rev*. 4 de agosto de 2022;7(8):554-68.
19. Sabiston Textbook of Surgery - 21st Edition [Internet]. [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/sabiston-textbook-of-surgery/townsend/978-0-323-64062-6>
20. Guía-ABE - gastroenteritis-aguda [Internet]. [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-gastroenteritis-aguda>
21. Gastroenteritis aguda | Pediatría integral [Internet]. 2019 [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-10/gastroenteritis-aguda-2/>
22. Kawasaki Disease | Pediatrics In Review | American Academy of Pediatrics [Internet]. [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en: <https://publications.aap.org/pediatricsinreview/article-abstract/39/2/78/35139/Kawasaki-Disease?autologincheck=redirected>
23. Jindal AK, Pilia RK, Prithvi A, Guleria S, Singh S. Kawasaki disease: characteristics, diagnosis, and unusual presentations. *Expert Rev Clin Immunol*. 3 de octubre de 2019;15(10):1089-104.
24. Ramphul K, Mejias SG. Kawasaki disease: a comprehensive review. *Arch Med Sci Atheroscler Dis*. 21 de marzo de 2018;3:e41-5.
25. Neurofibromatosis [Internet]. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/neurofibromatosis>
26. Guidelines for the diagnosis and management of individuals with neurofibromatosis 1 | *Journal of Medical Genetics* [Internet]. [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en: <https://jmg.bmj.com/content/44/2/81>

27. Friedman JM. Neurofibromatosis 1. En: Adam MP, Mirzaa GM, Pagon RA, Wallace SE, Bean LJ, Gripp KW, et al., editores. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993 [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1109/>
28. Evans DGR, Baser ME, McGaughan J, Sharif S, Howard E, Moran A. Malignant peripheral nerve sheath tumours in neurofibromatosis 1. *J Med Genet.* mayo de 2002;39(5):311-4.
29. Firdaus M, Gill AS, Mukarramah DA, Andriani R, Sari L, Cahyanti D, et al. Malignant peripheral nerve sheath tumor of the scalp: Two rare case reports. *Surg Neurol Int.* 15 de mayo de 2018;9:102.
30. Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, Alverson BK, Baley JE, Gadomski AM, et al. Clinical practice guideline: the diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis. *Pediatrics.* noviembre de 2014;134(5):e1474-1502.
31. Hall CB, Weinberg GA, Iwane MK, Blumkin AK, Edwards KM, Staat MA, et al. The burden of respiratory syncytial virus infection in young children. *N Engl J Med.* 5 de febrero de 2009;360(6):588-98.
32. Validación de una escala clínica de severidad de la bronquiolitis aguda | Anales de Pediatría [Internet]. [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-validacion-una-escala-clinica-severidad-articulo-S169540331300338X>
33. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Diagnosis and Management of Bronchiolitis. Diagnosis and management of bronchiolitis. *Pediatrics.* octubre de 2006;118(4):1774-93.
34. Kiriya S, Kozaka K, Takada T, Strasberg SM, Pitt HA, Gabata T, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis (with videos). *J Hepato-Biliary-Pancreat Sci.* enero de 2018;25(1):17-30.
35. Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda [Internet]. [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en: <https://actagastro.org/actualizacion-en-el-manejo-inicial-de-la-pancreatitis-aguda/>
36. Biblioteca Central EsSalud Koha › Detalles de: Radiología de la pancreatitis aguda hoy: clasificación de Atlanta y papel actual de la imagen en su diagnóstico y tratamiento [Internet]. [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en: <http://catalogo.essalud.gob.pe/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=15647>
37. Aristondo FM, Moyano AB, Velasco CMB, Quintanilla BPA, Martínez GEM, Farro HMG, et al. SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD.