



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE Y
CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DURANTE EL
PERIODO JUNIO 2022 A MARZO 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
GLORIA LUZ MAICO SANTOS**

**ASESOR
RISOF ROLLAND SOLIS CONDOR**

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 EL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE Y
CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DURANTE EL
PERIODO JUNIO 2022 A MARZO 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

GLORIA LUZ MAICO SANTOS

ASESOR

DR. RISOF ROLLAND SOLIS CONDOR

LIMA – PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

A Dios quien siempre guía mis pasos.

A mis padres que me han brindado su confianza y me han apoyado en mis estudios.

A mi familia quien me ha dado palabras de aliento en momento de dificultad
A mis amigos que me han motivado a seguir adelante.

A mis maestros quien a través de sus enseñanzas me han dado los conocimientos para afrontar el internado médico.

ÍNDICE

RESUMEN	v
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	4
I.1 Rotación en Medicina Interna	4
I.2 Rotación en Cirugía	11
I.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia	15
I.4 Rotación en Pediatría	20
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	25
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	26
III.1 Rotación en Medicina Interna	26
III.2 Rotación en Cirugía General	34
III. 3 Rotación en Ginecología y Obstetricia	38
III.4 Rotación en Pediatría	42
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	47
CONCLUSIONES	49
RECOMENDACIONES	50
FUENTES DE INFORMACIÓN	51

RESUMEN

El presente informe describe la experiencia vivida durante el último año de la carrera de medicina humana, una etapa muy importante, ya que integra los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante los años previos, así mismo se relata los casos clínicos, conocimientos aplicados y la experiencia en las especialidades de Medicina Interna, Ginecología, Cirugía General y Pediatría en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, así como en el Centro de Salud San Antonio. Además, se describe el rol de los internos de medicina y las dificultades e inconvenientes debido al periodo de pandemia, pero también soluciones para reducir el impacto de estos problemas durante las prácticas clínicas.

Objetivos: Describir las experiencias durante el periodo comprendido entre junio de 2022 a marzo de 2023. Relatar la aplicación clínica de los casos, así como los conocimientos aprendidos durante toda la carrera.

Metodología: Hacer una descripción por medio de la experiencia en el hospital Nacional Hipólito Unanue a través de los ocho casos clínicos.

Resultados: Caso 1: Paciente mujer de 86 años portadora de sonda Foley con tiempo de enfermedad de 3 días refiere pico febril, hiporexia, dolor abdominal a nivel del hipogastrio, ingresa a emergencia con diagnósticos presuntivos de sepsis punto de partida urinario, se realiza cobertura antibiótica con evolución favorable. Caso 2: Paciente mujer de 62 años con tiempo de enfermedad de 2 meses por dolor en pie derecho en quinto dedo, sensación de alza térmica y malestar general, ingresa a emergencia planteándose diagnósticos de pie diabético Wagner IV, se realiza cobertura antibiótica y tratamiento quirúrgico, adecuada evolución y alta médica. Caso 3: Paciente mujer de 60 años, obesa con tiempo de enfermedad de 10 horas, con dolor abdominal cólico leve en hipocondrio derecho, que aumento progresivamente asociado a náuseas y vómitos por lo que acude a emergencia con diagnósticos presuntivos de coledocolitiasis, se realiza tratamiento quirúrgico con evolución favorable. Caso 4: Paciente mujer de 67 años múltipara, obesa, con múltiples cirugías previas con tiempo de enfermedad de 1 año caracterizado por dolor punzante en hipogastrio que aumenta al esfuerzo, aumento progresivo del dolor asociado a masa que protruye con maniobras

de Valsalva, ingresa por consultorio externo con diagnósticos de eventración paraumbilical derecha, se realiza reparación quirúrgica con evolución clínica favorable. Caso 5: Paciente mujer de 38 años con tiempo de enfermedad de 4 meses, con sensación de alza térmica no cuantificada y masa dolorosa palpable en mama izquierda la cual incrementa en tamaño e intensidad asociado a dorsalgia del mismo lado y ulceración con secreción amarillenta en la misma mama, ingresa por consultorio externo donde se realiza biopsia y estudios histológicos hallando una mastitis granulomatosa idiopática. Caso 6: Paciente mujer de 40 años con tiempo de enfermedad de 2 años presenta hemorragia uterina anormal intermenstrual e hipermenorrea asociado a cefalea de intensidad moderada y vómitos, 4 días antes del ingreso se agrega dolor abdominal cólico moderado y debilidad, ingresa por emergencia con diagnósticos presuntivos de Miomatosis uterina, se realiza tratamiento quirúrgico con evolución clínica óptima. Caso 7: Paciente masculino de 9 años con tiempo de enfermedad de 4 días, caracterizado por fiebre, malestar general, lesión rojiza en cara anterior de pierna derecha asociada a prurito y secreción purulenta, acude por emergencia con impresión diagnóstica de celulitis, se realiza manejo antibiótico parenteral con evolución favorable. Caso 8 Paciente mujer de 2 años con tiempo de enfermedad de 4 días caracterizado por tos seca, sensación del alza térmica no cuantificada, rinorrea, agitación y dificultad para alimentación. Acude por emergencia, donde se plantea diagnósticos de faringitis a descartar neumonía, que posteriormente es confirmada, se establece manejo antibiótico parenteral, con adecuada respuesta.

Conclusiones: El último año de la carrera representa la oportunidad de integrar todo los conocimientos teóricos y su aplicación en la práctica diaria, así como el desarrollo del criterio clínico como futuros profesionales médicos.

Palabras clave: Rotación, internado médico, ministerio de salud

ABSTRACT

This report describes the experience lived during the last year of the human medicine degree, a very important stage, since it integrates the theoretical and practical knowledge acquired during the previous years, as well as clinical cases, applied knowledge and experience. in the specialties of Internal Medicine, Gynecology, General Surgery and Pediatrics at the Hipólito Unanue National Hospital, as well as at the San Antonio Health Center. In addition, the role of medical interns and the difficulties and inconveniences due to the pandemic period are described, but also solutions to reduce the impact of these problems during clinical practices.

Objectives: Describe the experiences during the period from June 2022 to March 2023. Report the clinical application of the cases, as well as the knowledge learned throughout the degree.

Methodology: Make a description through the experience at the Hipólito Unanue National Hospital through the eight clinical cases.

Results: Case 1: An 86-year-old female patient with a Foley catheter with a 3-day illness referred to a fever spike, hyporexia, abdominal pain at the level of the hypogastrium, was admitted to the emergency room with presumptive diagnoses of sepsis, urinary starting point, coverage was provided. antibiotic with favorable evolution. Case 2: A 62-year-old female patient with a disease period of 2 months due to pain in the right foot in the fifth toe, a sensation of thermal rise and general malaise, was admitted to the emergency room considering diagnoses of Wagner IV diabetic foot, antibiotic coverage and surgical treatment were performed, adequate evolution and medical discharge. Case 3: A 60-year-old female patient, obese, with a disease time of 10 hours, with mild colicky abdominal pain in the right hypochondrium, which progressively increased associated with nausea and vomiting, for which she went to the emergency room with presumptive diagnoses of choledocholithiasis, treatment was performed. surgery with favorable evolution. Case 4: A 67-year-old multiparous, obese female patient with multiple previous surgeries with a disease period of 1 year characterized by stabbing pain in the hypogastrium that increases on exertion, progressive increase in pain associated with a mass that protrudes with Valsalva maneuvers, admitted for Outpatient clinic with diagnoses of right paraumbilical

eventration, surgical repair was performed with favorable clinical evolution.

Case 5: A 38-year-old female patient with a disease period of 4 months, with an unquantified sensation of thermal rise and a palpable painful mass in the left breast which increases in size and intensity associated with back pain on the same side and ulceration with yellowish discharge on the left breast. The same breast was admitted through an outpatient clinic where a biopsy and histological studies were performed, finding an idiopathic granulomatous mastitis.

Case 6: A 40-year-old female patient with a disease period of 2 years presents abnormal intermenstrual uterine bleeding and hypermenorrhea associated with moderate-intensity headache and vomiting, 4 days before admission, moderate colicky abdominal pain and weakness are added, she is admitted by emergency with diagnoses presumptive of uterine myomatosis, surgical treatment is performed with optimal clinical evolution.

Case 7: A 9-year-old male patient with a disease period of 4 days, characterized by fever, general malaise, reddish lesion on the front face of the right leg associated with pruritus and purulent discharge, went to the emergency room with a diagnostic impression of cellulitis, management was performed. parenteral antibiotic with favorable evolution.

Case 8 A 2-year-old female patient with a disease period of 4 days characterized by dry cough, unquantified sensation of thermal rise, runny nose, agitation, and difficulty feeding. She goes to the emergency room, where a diagnosis of pharyngitis is considered to rule out pneumonia, which is later confirmed, parenteral antibiotic management is established, with an adequate response.

Conclusions: The last year of the degree represents the opportunity to integrate all the theoretical knowledge and its application in daily practice, as well as the development of clinical criteria as future medical professionals.

Keywords: Rotation, medical internship, ministry of he

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO U
NANUE Y CENTRO DE SALUD SAN ANTO
N

AUTOR

GLORIA LUZ MAICO SANTOS

RECUESTO DE PALABRAS

15192 Words

RECUESTO DE CARÁCTERES

86633 Characters

RECUESTO DE PÁGINAS

65 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

122.1KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 17, 2023 5:30 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 17, 2023 5:31 PM GMT-5

● **8% de similitud general**

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

- 8% Base de datos de Internet
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- 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)



Dr. RISOF R. SOLÍS CÓRDOR
Médico Neuropediatra
C.M.P. 35913
R.N.E. 18562

Risof Rolland Solís Córdor
<https://orcid.org/0000-0002-9770-8085>

INTRODUCCIÓN

El periodo del internado médico el cual se realiza en el último año de la carrera de medicina humana permite al estudiante plasmar todos los conocimientos e integrarlos al momento de elaborar una historia clínica, solicitar exámenes auxiliares, plantear diagnósticos y posteriormente elaborar un plan de trabajo para el paciente en la práctica hospitalaria, es por ello que convierte a este último año en una de las etapas fundamentales para la formación del futuro médico.

Como internos nos involucramos, participamos y somos testigos de las atenciones realizadas por los médicos especialistas, así como una mayor cercanía al paciente ya que estamos al pendiente de su evolución clínica o procedimientos que se realizan durante su hospitalización es por ello que esta etapa es importante para fusionar los conocimientos teóricos, así como la experiencia en la práctica clínica y así desarrollar nuestro criterio como futuros médicos.

Durante la pandemia se realizaron diversos cambios en las resoluciones ministeriales es por ello que la resolución ministerial N° 622-2020 del Ministerio de Salud (MINSa) que aprobó el Documento técnico “Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del Decreto de Urgencia N° 090-2020” (1), el cual estableció diferentes obligaciones a cumplir, entre ellas fueron los requisitos mínimos para la reanudación del internado y que de preferencia el internado se continuaría en establecimientos I-3 y I-4 del primer nivel de atención.

Debido a las nuevas normativas del MINSa debido a la pandemia se redujo nuestro periodo de internado a 10 meses de los cuales la mitad lo realizaríamos en los hospitales y los meses restantes en un centro de salud. Ello redujo el tiempo de rotaciones en las cuatro especialidades, las cuales fueron: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Ginecología, sin embargo, a

pesar de tener un factor en desventaja se logró aprovechar al máximo el tiempo en cada rotación. En mi caso realicé mi internado en el Hospital Nacional Hipólito durante los cinco primeros meses y posteriormente en el Centro de Salud San Antonio, los meses restantes. Por lo tanto, este informe desarrolla las experiencias vividas durante el internado médico en el periodo agosto a marzo 2022-2023.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

En este primer capítulo se presenta ocho casos clínicos realizados en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

I.1 Rotación en Medicina Interna

La primera rotación del internado fue en medicina interna, el cual inició el 1 de junio y finalizó el 1 de julio, a continuación, se relatará dos casos clínicos de esta especialidad.

Caso clínico n.º1

Anamnesis

Paciente mujer de 86 años, usuaria de sonda foley, con tiempo de enfermedad de 3 días refiere presentar malestar general, hiporexia, sensación de alza térmica (SAT) cuantificada de 39 °C a predominio diurno que no cedió con antipirético, dolor abdominal en hipogastrio, oliguria y la formación de globo vesical posterior a colocación de sonda foley, por lo que es llevada a otro establecimiento para retiro y cambio de nueva sonda foley, sin embargo los síntomas persisten motivo por el cual es traída a emergencia del HNHU.

Antecedentes: ACV isquémico hace 10 años, enfermedad de Alzheimer y Parkinson en tratamiento, tuberculosis (TBC) pulmonar en el 2021 con tratamiento sensible por 6 meses y vejiga neurogénica hace un año.

Funciones vitales: PA: 90/50 mmHg, FC: 80 latidos por minuto o lpm, FR: 18 respiraciones por minuto o rpm, ST02: 96 % y FiO2: 0.21 %

Examen físico

AREG, AREH, AREN, LOTEP

- Fascie: Adelgazada, Actitud: Supina, Constitución: leptosómica
- Piel y faneras: Tibia, poco hidratada, poco elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no ictericia, no cianosis, mucosa oral seca.
- Abdomen: Poco globuloso, RHA conservados, blando, poco depresible, no masas palpables, no visceromegalia, no signos peritoneales, dolor leve a la palpación profunda en hipogastrio y matidez conservada.

Diagnósticos presuntivos

- Sepsis punto de partida urinario por ITU complicada
- Hiponatremia moderada
- Hipoalbuminemia moderada
- Anemia leve
- Vejiga neurogénica
- Enfermedad de Parkinson y Alzheimer en tratamiento por historia clínica.

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Leucocitosis con desviación a la izquierda en 16540 a predominio de neutrófilos y anemia en 10.6
- PCR elevado en 27.65
- Perfil de coagulación alterado con INR en 1.33 e hiperfibrinogemia
- Alteración electrolítica con hiponatremia en 124.8
- Hipoalbuminemia moderada con albumina en 2.98
- Examen de orina patológico con leucocituria en 70 a 80 por campo, piocitos en 1+ y gérmenes en 2+

Tratamiento

- Suero fisiológico más cloruro de sodio a 80 cc por hora
- Ceftriaxona a 2gr cada 24 horas
- Ranitidina cada 8 horas
- Antipirético condicional
- Apoyo oxigenatorio si presenta sO₂ menor a 95 %
- Levodopa y Carbidopa
- Hemogluco test cada 8 horas.

Paciente adulta mayor, postrada crónica y con sonda foley permeable permanece por 3 días en sala de observación, con evolución favorable responde a fluidos logrando estabilidad hemodinámica, ventilando espontáneamente, se halla despierta, con Glasgow de 15/15 por lo que es ingresada a hospitalización.

Diagnósticos definitivos

- Adulta mayor frágil
- ITU complicada en tratamiento

- ACV isquémico secuelar
- Hiponatremia moderada
- Anemia leve
- Enfermedad de Parkinson y Alzheimer en tratamiento.

Tratamiento

- Dieta blanda asistida con formula proteica
- Meropenem 2gr EV c/8horas por bomba de infusión de 3 horas
- Enoxaparina 60mg SC cada 24 horas
- Aspirina
- Estatina
- Enfermedad de Parkinson y Alzheimer en tratamiento
- Antipirético y analgésico condicional.

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Sin leucocitosis ni desviación a la izquierda
- Reactantes de fase aguda en valores normales
- Hiponatremia leve
- Urea y creatinina en valores normales
- Urocultivo con leucocitos de 8-10 por campo, hematuria de 30-40 por campo
- Cultivo se aisló positivo para *E. coli*, mayor a 100 000 UFC/mL y un antibiograma con la siguiente información: Amikacina (Sensible), Ampicilina (Resistente), Ceftriaxona (Resistente), Ceftazidima (Resistente), Cefepime (Resistente), Cefazolina (Resistente), Ciprofloxacino (Resistente), Gentamicina (Resistente), Gentamicina (Resistente), Imipenem (Sensible), Meropenem (Sensible), Nitrofurantoina (Sensible), Trimetoprim/Sulfa (Sensible).

Evolución

La paciente presentó una evolución favorable y con buena tolerancia oral por lo que completa tratamiento antibiótico hasta los 14 días, posterior a ello es dado de alta con tratamiento para las secuelas por ACV, para la enfermedad de Alzheimer y Parkinson; y consulta externa por medicina interna para la solicitud de urocultivo culminado el tratamiento.

Caso clínico n.º2

Anamnesis

Paciente mujer de 62 años con tiempo de enfermedad de dos meses refiere dolor en pie derecho evidenciado herida en el quinto dedo, así como SAT no cuantificada y malestar general, asociado a uso de zapato nuevo, motivo por el cual acude a endocrinólogo particular o Ennasalud donde le indican curación diaria, antibioticoterapia EV (Amikacina mas otro medicamento que no recuerda) durante 4 días y posibilidad de amputación quirúrgica, sin embargo al no evidenciar mejoría clínica decide acudir a emergencia del HNHU.

Antecedentes: Diabetes *mellitus* tipo 2 desde hace 15 años, en tratamiento hace 3 años con Jardiance duo- empaglifozina 12.5 mg y metformina 850mg, hipertensión arterial desde hace 5 años en tratamiento con losartan 50mg cada 12h, enfermedad renal crónica (ERC) desde hace 1 año e hipotiroidismo hace 20 años en tratamiento con levotiroxina 100mcg.

Funciones vitales: PA 130/62 mmHg, FC: 84 lpm, FR: 19 rpm, ST02: 97 %, FiO2: 0.21 %

Examen físico

AREG, AREN, AREH, Fascie: No caracterizada, Constitución: Pícnica

- Piel y faneras: Tibia, poco hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, palidez +/-+++

- Miembro inferior derecho: Lesión ulcerativa del quinto dedo del pie derecho con tejido desvitalizado asociado a secreción purulenta y con tejido necrótico.

Pulsos periféricos, pulso femoral 3/3, pulso poplíteo 0-1/3, pulso tibial posterior 0-1/3, pulso pedio 0-1/3

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Sin leucocitosis ni desviación a la izquierda, anemia con Hb en 8gr/dl y plaquetas en valores normales.

- PCR elevado en 3.76

- Perfil hepático en valores adecuados

- Urea y creatinina durante su estancia en clínica particular, ennosalud.

	Creatinina	Urea
02-06-2022	1.8	56
06-06-2022	3.8	118
08-06-2022 (10:16am)	5.7	190

Diagnósticos planteados

- Pie diabético Wagner IV derecho
- Diabetes *mellitus* 2 con complicaciones tardías
- Enfermedad renal crónica e injuria renal aguda
- Hipertensión arterial en tratamiento
- Hipotiroidismo en tratamiento

Tratamiento

- Dieta completa más líquidos a voluntad
- Hidratación con 2 frascos de solución fisiológica mayor a 60cc por hora
- Clindamicina 600mg EV cada 6 horas
- Oxacilina 1gr EV c/6h debido a la infección del pie diabético
- Insulina R escala móvil
- Antiemético
- Protector gástrico EV.

Interconsulta con nefrología con sugerencia de mantener hidratación, evitar nefrotóxicos, antibioticoterapia según depuración renal; y control de urea y creatinina cada 48 horas. Además, interconsulta con cirugía de tórax y cardiovascular, se realizó eco Doppler arterial con angioesclerosis difusa sin puntos de estenosis significativa. Cursa en observación durante 24 horas, con evolución favorable, hidratación a 60 cc/horas, antibioticoterapia con clindamicina y oxacilina según depuración renal e insulino terapia por lo que es hospitalizada.

Exámenes auxiliares

- Hemograma: No leucocitosis ni desviación izquierda, anemia moderada y plaquetas en valores normales
- Valores de urea y creatinina

	Creatinina	Urea
08-06-2022	6.8	174.97
09-06-2022	6.3	165.08
11-06-2022	4.3	113.27

Diagnostico definitivos

- Diabetes *mellitus* con complicaciones tardías
- Pie diabético Wagner III - Neuropático
- Neuropatía diabética
- Nefropatía diabética
- Hipertensión arterial en tratamiento
- Hipotiroidismo primario en tratamiento
- Enfermedad arterial periférica: Angioesclerosis
- Nefrotoxicidad farmacológica por aminoglucósido (amikacina)
- Injuria renal aguda AKI III

Tratamiento

- Dieta blanda: hipoglúcida, hiposódica
- Oxacilina 1gr EV c/6horas
- Clindamicina 600mg EV c/8horas
- Metamizol 1gr EV PRN T>38.5
- NaCl 0.9% 1000cc > 80cc/hora
- Gabapentina 300 VO c/24horas
- Losartan 50mg VO c/12h
- Levotiroxina 100mg VO c/24h en ayunas
- Empaglifozina 25mg VO c/12h
- Insulina R escala móvil
- Curación con plata iónica 2 veces al día
- HGT c/8 horas

Evolución

Durante hospitalización se evidencia normalización de la urea y creatinina sérica por lo que se realiza riesgos prequirúrgicos. Al quinto día del tratamiento

antibiótico se solicita interconsulta con traumatología con plan de trabajo de limpieza quirúrgica y amputación selectiva del quinto dedo del pie derecho. Paciente con evolución favorable posterior a la operación, con HGT cada 8 horas en valores óptimos, continua con antibioticoterapia y ante la mejoría clínica es dado de alta al séptimo día con indicación de limpieza y aseo de la zona amputada, tratamiento para la diabetes y sus complicaciones tardías. Además, control por consultorio externo en endocrinología, nefrología y medicina interna.

I.2 Rotación en Cirugía

La segunda rotación del internado en cirugía general inició el 1 de julio y finalizó el 1 de agosto, a continuación, relataré dos casos clínicos de esta especialidad.

Caso clínico n.º3

Anamnesis

Paciente mujer de 60 años, obesa con tiempo de enfermedad de 10 horas, refiere dolor abdominal a nivel del hipocondrio derecho de intensidad leve con EVA: 3/10, tipo cólico que no cede al automedicarse con plidan 10mg, el dolor abdominal aumenta de intensidad progresivamente con EVA: 8/10 asociándose a náuseas y vómitos motivo por el cual acude por emergencia del HNHU. Durante la emergencia paciente refiere dolor que se irradia a región dorsal.

Antecedentes personales: Gastritis crónica atrófica hace 2 años en tratamiento con pantoprazol.

Funciones vitales: PA 130/70 mmHg, FC 70 lpm, FR 18 rpm, StO₂ 97 %, Fio₂ 21 %

Al examen físico:

AREG, AREH, AREN, LOTEP

- Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez, no ictericia.
- Abdomen: Globuloso, blando, depresible, RHA +, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, no Murphy, no blumberg.

Diagnósticos presuntivos

- Colecistitis aguda a d/c coledocolitiasis
- Pancreatitis aguda leve BISAP 0

Exámenes auxiliares

- Lipasa elevada en 1730.11 y amilasa elevada en 564

- Perfil hepático: Fosfatasa alcalina (FA) elevada en 636.24 y Gamma Glutamil (GGT) elevada en 949.19, Transaminasas, TGO y TGP con 568.23 y 282.21, respectivamente.

Bilirrubina total elevada en 2.49

- Electrolitos en valores normales con sodio en 140.6 y potasio en 4.55

- Ecografía abdominal: Colédoco en 5cm y porta en 9mm, vesícula biliar con paredes engrosadas y contenido anecogénico con varios litios de diámetro aproximado de 5mm y páncreas conservados concluyendo en una colecistitis aguda, colédoco ectásico y a d/c coledocolitiasis aguda.

Paciente es trasladada a gastroenterología:

Tratamiento

- Hidratación y dextrosa

- Analgesia con opioide

- Antiespasmódicos

- Protector gástrico con omeprazol vía oral

- Metamizol condiciona a fiebre

- Antihipertensivo condicional a presión arterial alta.

Exámenes auxiliares

- Colangiografía evidenciando: Colédoco de 15mm con litiasis de 7mm en su extremo distal a nivel de la ampolla de váter, con páncreas con dimensiones normales y sin dilatación del conducto de wirsung concluyendo una coledocolitiasis distal que condiciona a dilatación de las vías biliares intra y extrahepáticas, signos de colecistitis aguda calculosa motivo.

Diagnósticos definitivos

- Coledocolitiasis

Evolución

Se completa prequirúrgicos y es programada a SOP para realización de pancreatocolangiografía retrograda endoscópica (PCRE), papiloesfinterotomía (PEE) y extracción de cálculos con balón extractor además de una limpieza de vías biliares. El paciente queda en NPO con

control sérico a las 12 horas y las 24 horas de amilasa, los cuales fueron valores normales con amilasa de 30.34 y 29.93, respectivamente, vigilar signos de alarma e hidratación con lactato ringer.

Paciente posterior a la operación se halla afebril, hemodinamicamente estable, ventilando espontáneamente con fio2 al 21 % y con evaluación favorable por lo que al tercer día postoperación es dada de alta con analgésico condicional a dolor, protector gástrico con omeprazol, llevar una dieta blanda hipograsa y cita para control por consultorio externo en cirugía general.

Caso clínico n.º4

Anamnesis

Paciente mujer de 67 años múltipara y obesa, refiere que desde hace 1 año presenta dolor punzante en hipogastrio de intensidad moderada con EVA 6/10 sin irradiación que se exacerba con los esfuerzos, al cargar peso y disminuye al reposo. Seis meses antes del ingreso el dolor se incrementó progresivamente con EVA 8/10 limitando sus actividades diarias, con sensación de bulto que protruye a través del abdomen inferior con dolor a la manipulación, motivo por el cual acude por consultorio externo de cirugía general y tras la atención se indica hospitalización y programación para SOP. Antecedentes: Cesárea anterior una vez hace 20 años, obstrucción intestinal hace 14 años, hernia umbilical hace 12 años, colecistectomía hace 10 años, estreñimiento crónico hace 4 años y gastritis crónica en tratamiento desde hace 3 años.

Funciones vitales: PA 110/70 mmHg, FC 88 lpm, FR 16 rpm, T 36.6 °C

Examen físico

AREG, AREN, AREH, LOTEP

- Abdomen: Blando, depresible, RHA+, cicatriz de kocher, cicatriz periumbilical, cicatriz paramediana en flanco izquierdo, incisión de pfannestiel, se palpan masa de 4 x 5 cm, doloroso a la palpación, que protruye a la maniobra de valsalva a través del hipogastrio y es reductible.

Diagnóstico presuntivo

- Síndrome doloroso abdominal: eventración abdominal a d/c hernia umbilical

Tratamiento

- Analgesia condicional
- Antipirético condicional

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Leucocitos en 5940, hemoglobina en 14.6 y plaquetas en 259000
- Ecografía abdominal de partes blandas: Solución de continuidad de 29mm, paraumbilical derecha con contenido de asas intestinales parcialmente reductible a la presión de 43 x 19 mm que concluye una eventración paraumbilical derecha.

Diagnóstico definitivo

- Eventración paraumbilical derecha abdominal
- Litiasis renal bilateral
- Gastritis crónica por historia clínica.

Evolución

Se realizan prequirúrgicos, paciente se halla afebril, hemodinamicamente estable, ventilando espontáneamente, LOTEP y con evolución estacionaria. Se programa para SOP para realizar hernioplastía paraumbilical derecha laparoscópica. Paciente no presenta complicación durante la cirugía, no hay infección de herida postoperatoria con evolución favorable por lo que al quinto día es dada de alta con analgesia condicional y control por consultoría externo en cirugía general.

I.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia

La tercera rotación del internado fue en Ginecología y obstetricia, inició el 1 de agosto y finalizó el 1 de septiembre, a continuación, relataré dos casos clínicos de esta especialidad.

Caso clínico n.º5

Anamnesis

Paciente mujer de 38 años con tiempo de enfermedad de 4 meses, sufre golpe en mama izquierda y al examinarse palpa una masa pequeña, con leve dolor a la palpación, posteriormente desde el mes de julio, refiere sensación de alza térmica no cuantificada y aumento del tamaño de la masa hasta llegar a un tamaño de 4 x 3 cm, dolorosa a la palpación, niega secreción por pezón, tras lo cual acude a su centro de salud en donde es referida al HNHU por consultorio externo para realización de estudios y biopsia, recibe tratamiento antibiótico sin mejoría, además nota ulceración con secreción escasa, color amarillenta ubicado en el cuadrante supero externo de la mama izquierda asociado a dolor en la espalda ipsilateral y región axilar ipsilateral, motivo por el cual es hospitalizada en el HNHU.

Antecedentes ginecológicos: con G1P1001, cesareada anterior una vez hace 5 años y consumo de anticonceptivos orales combinados,

Con funciones vitales: PA 110/80 mmHg, FC 70 lpm, FR 18 rpm, T 36.5 °C

Examen físico

AREG, AREH, AREN, LOTEP

- Examen ginecológico: Mama izquierda, se palpa en cuadrante superior interno izquierdo tumoración de 4 x 4 cm con lesión ulcerativa de 2 x 2 cm y lesión ulcerada a nivel periareolar.

Diagnósticos presuntivos

- Mastitis crónica a d/c patología tumoral maligna de mama.

Tratamiento

- Analgesia con opioides
- Ceftriaxona 1g EV cada 12 horas

- Antipirético condicional.

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Leucocitos en 6780, hemoglobina en 12.5 y plaquetas: 426000
- Perfil de coagulación en valores adecuados: Tiempo de sangría en 2 minutos y tiempo de coagulación en 6 minutos
- Urea: 16.86 mg/dl, creatinina: 0.5 mg/dl
- Glucosa en valores normales con 90,11
- Ecografía mamaria: Mama izquierda con parénquima heterogénea en cuadrante supero interno con aumento de ecogenicidad y espesor de forma difusa, no quiste, con conducto galactóforos de contenido hipocogénico ubicado a 6cm del pezón, al doppler no vascularización, adenomegalia axilar izquierda de 22x 7mm y cortical de 1.8mm, no sospecha de malignidad, con conclusión de mastitis crónica izquierda, absceso y adenomegalia en axila izquierda.

Se realizó descarte de infecciones con serológicos negativos, BK en esputo negativo, sarcoidosis, ectasia mamaria ductal y otras patologías granulomatosas

- Biopsia de la mama izquierda: Tumor irregular de mama izquierda y con diagnóstico anatomo - patológico de mastitis granulomatosa idiopática.
- Reporte histológico: Granulomas en lóbulos mamarios, acompañado de linfocitos, células plasmáticas, epiteloideas y células gigantes tipo langerhans, con microabscesos.

Diagnóstico definitivo

- Mastitis granulomatosa idiopática

Evolución

Se realiza interconsulta con reumatología, desfocalización de la paciente para iniciar tratamiento inmunosupresor el cual consistió en prednisolona 15 mg/kg/día, metotrexate 15mg por semana y ácido fólico 1mg cada día, el cual se tomará cuando no se administre el metotrexate. Paciente permaneció una semana en observación por el tratamiento con evolución clínica favorable por

lo que se decide alta con continuación de tratamiento mencionado y control por consultorio externo con reumatología y ginecología.

Caso clínico n.º6

Anamnesis

Paciente mujer de 40 años con tiempo de enfermedad de 2 años, refiere episodios de hipermenorrea, aumentando en volumen con coágulos, sensación de bulto en zona baja del abdomen, se fue agregando cefalea en región occipital derecha con incremento progresivo de intensidad hasta EVA 7/10 asociado a vómitos los meses posteriores durante la fase menstrual. Hace dos meses acude a consulta externa de ginecología diagnosticada con miomatosis uterina con tratamiento hormonal anticonceptivo sin embargo sintomatología persistente. Hace un mes inicio con hemorragia uterina anormal (HUA) intermenstrual de poca cantidad, sangrado color "marrón" y con duración aproximada de 4 días, acompañado de cólicos y sensación de debilidad cuyos síntomas aumentan progresivamente, motivo por el cual acude a emergencia del HNHU.

Antecedentes de hospitalización: En el 2021 por anemia severa.

Antecedentes ginecológicos: G1P1001, con RC: 9 - 10/28 y FUM: 02/02/23

Con funciones vitales: PA 133/73 mmHg, FC 115 lpm, FR 16 rpm, T 36,6 °C, StO2 98 %, FiO2 21 %

Examen físico

AREG, AREH, AREN, LOTEP

- Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, palidez ++/+++ en piel y mucosas. Disminución del tejido adiposo
- Abdomen: Globuloso, RHA+, blando, depresible, con masa de 9 x 6 cm en fosa iliaca, móvil.
- Tacto vaginal: Útero AVF, aumentado de tamaño con 16cm de superficie irregular, anexos libres y cérvix fibromuscular, móvil, desplazado hacia la pared posterior por una masa palpable de aprox. 8cm en pared anterior.

Diagnósticos presuntivos

- Tumoración abdominal pélvica: d/c Miomatosis uterina
- D/C Infección urinaria
- Anemia

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Leucocitos en 7150, plaquetas en 319000 con valores normales, anemia con hemoglobina en 3.9
- Urea con 15.1 y creatinina en 0.41 en valores normales
- Glucosa con 91.7 en valores normales
- Examen de orina: 60 a 70 leucocitos por campo, piocitos 1+ y gérmenes 3+

Tratamiento

- Analgésicos con AINES
- 4 paquetes globulares y 4 de plasma fresco congelado
- Ácido tranexámico
- Cefazolina

Evaluación confirmatoria de futuro reproductivo de la paciente para la selección del tratamiento. Posteriormente hematocrito control con 31% y resultados de serológicos son negativos.

Examen auxiliar

- Ecografía transvaginal: Útero de 160 x 105 x 115mm, de superficie irregular y paredes heterogéneas, se evidencia tumoración hipoeecogénica que compromete fondo y cuerpo uterino de 108 x 100 mm, cérvix de 49mm y anexos derecho e izquierdo libres, que concluye diagnóstico de tumoración abdomino- pélvica por miomatosis uterina grado 5.

Diagnósticos definitivos

- Tumoración abdominal pélvica: Miomatosis uterina
- Anemia crónica reagudizada
- Infertilidad secundaria
- Infección urinaria

Evolución

Paciente estable, tolera vía oral y con consentimiento de la paciente de no deseo reproductivo se solicitan prequirúrgicos y evaluación por anestesiología para realizar procedimiento de histerectomía. Posterior a la operación paciente es hospitalizada por 5 días, paciente se halla afebril, no presenta complicaciones en el sitio de operación, no sangrado vaginal y se proporciona analgesia condicional. La evolución es favorable por lo que se decide su alta con indicaciones de reposo, sin cargar peso, analgesia condicional y control por consultorio externo en ginecología.

I.4 Rotación en Pediatría

Esta fue la última rotación del internado en Pediatría, inició el 2 de septiembre y culminó el 31 de octubre, a continuación, relatare dos casos clínicos de esta especialidad.

Caso clínico n.º7

Anamnesis

Paciente masculino de 9 años con peso 34.2 Kg y talla 1.21 cm, eutrófico, que ingresa al servicio de pediatría procedente de emergencia donde acude acompañado de un familiar quien refiere que cursa con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 4 días, caracterizado por presentar 4 días antes del ingreso pico febril de 38.4 °C automedicándolo con una tableta de paracetamol, logrando su remisión. Tres días antes del ingreso paciente cursa con sensación de alza térmica no cuantificada que remite de manera espontánea y malestar general. Dos días antes del ingreso nota coloración rojiza en cara anterior de pierna derecha asociada a prurito. El día del ingreso por emergencia, familiar refiere que la lesión se encontraba aumentada de volumen, con coloración rojiza, presencia de secreción purulenta y malestar general, motivo por el cuál acude por emergencia donde aprecia una temperatura de 39 °C.

Examen físico

En emergencia presentaba un regulado estado general, hidratación y nutrición, lúcido, sin compromiso de consciencia, febril (39 °C), frecuencia cardiaca de 138 lpm, frecuencia respiratoria de 20 rpm, con una saturación de oxígeno 98 %.

- Piel: Caliente, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos. Aumento de volumen en región anterior de pierna derecha, con signos de flogosis y secreción purulenta escasa.
- Tórax: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad no soplos.

- Abdomen: Globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible, no doloroso a la palpación.
- Sistema nervioso central: Despierto, quejumbroso, reactivo a estímulos externos, no alteración de nivel de conciencia.

Impresión diagnóstica

- Celulitis en pierna derecha
- Descartar absceso

Exámenes auxiliares

- Prueba antigénica de COVID-19 es negativa
- Hemograma: Leucocitosis con desviación a la izquierda, anemia moderada.
- PCR elevado con 2.74 mg/dL

Diagnóstico definitivo

- Celulitis en pierna derecha a descartar un absceso
- Anemia moderada

Plan terapéutico

- Nutrición por vía oral
- Iniciar tratamiento antibiótico vía endovenosa
- Ecografía de partes blandas

Evolución

Se inició terapia antibiótica endovenosa con clindamicina 42mg/kg/día cada 6 horas, el estudio ecográfico mostró una colección heterogénea de 23 x9 x 23mm y cambios inflamatorios en tejido celular subcutáneo, paciente presenta evolución clínica favorable, con ausencia de fiebre y disminución de signos de flogosis. Al cuarto día, se le realiza drenaje quirúrgico de 15 cc de líquido hematurulento espeso, dejándose un dren. Paciente continúa con adecuada evolución clínica completando esquema de 12 días de tratamiento

antibiótico, lesión con ausencia de secreción y sin signos de flogosis. Paciente es dado de alta con tratamiento para anemia y control por consultorio externo.

Caso clínico n.º8

Anamnesis

Paciente mujer de 2 años con peso 9 kg y talla 74 cm, eutrófica, ingresa al servicio de pediatría procedente de emergencia, donde acude traída por su madre quien refiere un tiempo de enfermedad de 4 días, de inicio insidioso y curso progresivo. Cuatro días antes del ingreso cursa con tos seca leve asociada a sensación de alza térmica no cuantificada, para lo cual le administró 23 gotas de paracetamol, aliviando momentáneamente sintomatología. Tres días antes del ingreso refiere que se agregó rinorrea y persiste sensación de alza térmica no cuantificada continuando con automedicación. Dos días antes del ingreso sintomatología se torna de mayor intensidad, además la tos se vuelve productiva. El día del ingreso madre nota agitación y dificultad para alimentación, por lo que acude a centro particular donde le realizan nebulización con salbutamol sin presentar ninguna mejoría, motivo por el cual acude a emergencia. Dentro de los antecedentes se resalta 2 tócos maternos con diagnóstico de asma, resto de antecedentes no contribuyentes.

Examen físico

En emergencia presentaba aparente regular estado general, nutrición e hidratación, febril con 38.7 °C, frecuencia cardiaca de 150 lpm, frecuencia respiratoria 38 rpm, saturación de oxígeno 95 a 96 %.

- Piel: Caliente, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos.
- Cavidad oral: Orofaringe congestiva, no lesiones, no exudado, amígdalas eutróficas.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular disminuido en ambos hemitórax, movilización de secreciones, subcrepitos en ambos hemitórax, no impresiona tirajes.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.

- Abdomen: Globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible, no impresiona signos de irritación peritoneal.
- Sistema nervioso central: Quejumbroso, agitado, despierto, reactivos a estímulos externos.

Impresión diagnóstica

- Faringitis
- Descartar neumonía

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Leucocitosis con desviación a la izquierda, anemia leve.
- PCR elevado con 7.3mg/dL
- Lactato en 2.4
- Radiografía de tórax: Se evidenció ángulos costodiafragmáticos libres, consolidaciones bilaterales con broncograma aéreo y horizontalización de costillas.
- Prueba antigénica para COVID-19 es negativa

Diagnóstico definitivo

- Neumonía adquirida en la comunidad
- Anemia leve

Plan terapéutico

- Nutrición por vía oral y lactancia materna supervisada.
- Inicio de terapia antibiótica
- Monitoreo de patrón respiratorio, asegurando saturación menor a 92 %

Evolución

Se inició terapia antibiótica endovenosa con ceftriaxona 80mg/kg/día cada 12 horas, además de control antipirético con paracetamol de manera condicional, paciente cursa hemodinamicamente estable, ventilando espontáneamente sin

apoyo oxigenatorio, sin signos de distrés respiratorio, presentó un pico febril el primer día de hospitalización, al 3 día efectivo del tratamiento paciente presenta adecuada mejoría clínica, con ausencia de fiebre, disminución de sintomatología y mejor semblante, completa tratamiento antibiótico endovenoso por 5 días efectivos, ante evolución adecuada, es dado de alta para continuación de tratamiento con amoxicilina más ácido clavulánico por 7 días, además de que se le instruyó y se le brindó tratamiento para anemia y control por consultorio externo.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El contexto donde realice el internado fue en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, cuya entidad fue inaugurada un 24 de febrero de 1949 por el presidente de la Junta Militar de Gobierno, General de Brigada Manuel A. Odría (2). Es importante recalcar su historia en la década de los 40 ante la lucha por atención y tratamiento a los pacientes con tuberculosis en el país, ello fue gracias a la antigua División de Lucha Antituberculosa del Ministerio de Salud, mediante la construcción de una red de hospitales sanatorios para la TBC (2).

La ubicación del hospital es en la zona este de la ciudad de Lima, exactamente en la Av. Cesar Vallejo N° 1390 distrito de El Agustino, perteneciente a la red de Lima Este, con categoría de un nivel III-1, por lo que recibe pacientes de las postas de salud, centros y hospital de la misma jurisdicción, su ubicación es estratégica ya que cuenta con gran facilidad de acceso y tiene un área aproximada de 15,161 m² (2).

Con respecto a las funciones del interno, implica la elaboración de la historia clínica de los pacientes que ingresan a hospitalización, realizar la evolución de las camas diariamente durante su internamiento, así como los pendientes, toma de exámenes auxiliares como es la muestra de AGA, sutura, colocación de sonda foley, colocación de yesos y férulas, todo ello supervisado por el médico especialista. Como retribución por el trabajo realizado, los internos recibieron un pago mensual de 400 soles según lo establecido por el MINSA.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1 Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º 1

Definimos a la sepsis como una respuesta inflamatoria sistémica alterada del organismo a la infección generando una disfunción orgánica potencialmente deletérea por lo que es considerada la segunda causa de mortalidad en unidades de cuidados intensivos (3) Si el foco probable o confirmado de sepsis es el tracto urinario esta es denominada urosepsis y constituye del 9 al 31% con relación a otros focos de sepsis (4).

Mencionamos a la ITU complicada según la GPC peruana como una infección aguda con signos y síntomas sistémicos e inflamatorios que sugieren una extensión más allá de la vejiga, los cuales son fiebre, escalofríos, fatiga, malestar general, dolor en flancos, sensibilidad del ángulo costovertebral (5).

Según la literatura, la edad avanzada representa el 60% de pacientes que evolucionan a sepsis grave con una probabilidad 13 veces mayor que la población general de padecer sepsis y el doble de riesgo de mortalidad por sepsis. Además, en los últimos años la mortalidad por sepsis ha disminuido debido a un mejor manejo, sin embargo, la incidencia se ha incrementado (6). El adulto mayor frágil presenta factores de riesgo el cual lo hace susceptible a una ITU complicada, los cuales son los siguientes (7):

- Incontinencia urinaria: El cual predomina en el sexo femenino de 55 a 75 años, ello es explicado porque además de la debilidad del suelo pélvico, la orina que es filtrada por el tracto urinario inferior representa un medio para la proliferación bacteriana y su ascenso a vías urinarias altas (7).

- Inmunosenescencia celular: Explicado como parte del proceso fisiológico por un declive en la respuesta inmune celular y humoral debido a factores propios del adulto mayor frágil como son las comorbilidades, alteraciones anatómicas o funcionales en la micción, uso de medicamentos y de catéteres o sondas Foley (7).

- Deterioro cognitivo: Implica una progresiva reducción de la capacidad cognitiva y funcional, sin embargo, enfermedades como la demencia o

Alzheimer aceleran y agravan estas capacidades llevando a la alteración de sus actividades cotidianas, así como una alteración funcional para el control voluntario de los impulsos intestinales y vesicales (7).

- Catéter permanente: El uso permanente de estos dispositivos predisponen a la invasión bacteriana tanto por ruta extraluminal debido a la formación de biopelículas que protegen a los microorganismos y por ruta intraluminal debido a la manipulación sin asepsia por parte de la familia o personal de salud o por una falla en el drenaje del catéter (8).

- Vejiga neurogénica: Secundaria a accidentes cerebrovasculares, lesiones o traumas a nivel de la medula espinal, enfermedad de Parkinson, etc. Ello predispone a la incapacidad en el vaciado de la orina generando obstrucción del tracto urinario inferior y distensión vesical (7).

En este caso la paciente presenta múltiples factores de riesgo para desarrollar una ITU complicada como lo es, el deterioro cognitivo ya que presenta enfermedad de Alzheimer y Parkinson, vejiga neurogénica debido al ACV isquémico, uso de catéter urinario y por último la edad avanzada.

El progreso y severidad de la urosepsis depende no solo de la respuesta del huésped, en este caso del adulto mayor frágil, si no de los patógenos (4), los más frecuente en la urosepsis son el *E. coli* con un 61%, 16% enterobacterias, 8% *S. aureus* y 6% enterococos. Si hay inmunosupresión predominan patógenos con menor virulencia como los estafilococos coagulasa negativas o *Pseudomona aeruginosa* que llevan a la urosepsis (4). Además, los adultos mayores demuestran mayor resistencia a cepas bacterianas debido al uso de antibióticos previos, mayor tasa de hospitalización y procedimientos urológicos en pacientes con una ITU complicada (7).

Se debe realizar un diagnóstico precoz de la sepsis, en especial en el adulto mayor frágil ya que según la guía NICE es considerado un factor de riesgo para el desarrollo de sepsis. Tanto la guía de Essalud y del Hospital Santa Rosa basado en la guía NICE 2016 mencionan sospecha de sepsis y manejo inicial inmediato en caso el paciente tenga un qSOFA > 2 puntos y SOFA basal > 2puntos (9). En este caso se presente un puntaje mayor a 2 puntos tanto en

la escala SOFA por la presión arterial sistólica menor a 100mmg y la escala de Glasgow de menor o igual a 13/15 así como un puntaje mayor a 2 en la escala de SOFA basal por la presión arterial media (PAM) menor a 70mmHg y la escala de Glasgow menor a 13.

Por lo que una vez diagnosticado la sepsis se debe solicitar hemograma completo, glucosa, lactato, electrolitos, gases arteriales, perfil de coagulación y perfil hepático, así como examen completo de orina y radiografía de tórax (9,10). Además, se hace hincapié en los valores del lactato el cual está relacionado a mayor mortalidad por sepsis, las guías mencionan valores ≥ 2 mmol/L (9). En este caso se solicitaron los exámenes mencionados hallando una leucocitosis con desviación a la izquierda, anemia leve, reactante de fase aguda elevada, un perfil de coagulación alterado e hiperfibrinogemia y una hiponatremia severa, mencionar que los valores del lactato se hallaron en 1.3 por lo que nos indica un mejor pronóstico para la paciente.

El manejo inicial de la urosepsis debe ser precoz con el fin de eliminar el foco de infección y restituir la perfusión de los órganos es por ello que se debe actuar durante la primera hora a través de paquetes de medidas, los cuales son (11, 12):

- Obtener dos hemocultivos con probabilidad de foco séptico, ello no debe retrasar la terapia antibiótica (11, 12).
- Solicitar el lactato sérico el cual es predictor de mortalidad en sepsis (9, 10, 11,12).
- Iniciar la antibioticoterapia precozmente, el cual debe ser de amplia cobertura de patógenos según el foco infeccioso, resistencia bacteriana y criterio clínico (12).
- Iniciar fluidoterapia temprana para evitar la disfunción orgánica aguda, hipotensión e hiperlactatemia. Según la guía de Essalud (10), la guía MINSA (12) así como la *GPC Surviving Sepsis Campaigne* (11) y NICE 2016, recomiendan iniciar con un reto de solución salina a una dosis de 30 mg/kg intravenoso (EV) durante al menos las tres primeras horas. Posterior a ello el requerimiento de fluidos dependerá de las funciones vitales, examen clínico, medio interno y hemodinámica del paciente (12).

En este caso la paciente recibió fluidoterapia con suero fisiológico más cloruro de sodio a 80 cc por hora, antibioticoterapia con ceftriaxona a 2gr cada 24 horas antes de la primera hora, protector gástrico, antipirético condicional, apoyo oxigenatorio si presenta stO₂ menor a 95 %, tratamiento con antiparkinsonianos e indicación de hemoglucotest cada 8 horas.

Y por último con respecto a la terapia antibiótica específica una vez el paciente se halle con una hemodinámica estable, en este caso al ser portadora de catéter urinario se debe sospechar en las enterobacterias tipo BLEE y *Pseudomona aeruginosa* por lo que se recomienda el uso de carbapenems según la guía MINSA del hospital santa rosa (9 y 13).

La duración del tratamiento recomendado es de 1 a 2 semanas y máximo hasta 3 semanas, debido a que los pacientes con una ITU complicada tienden a la recurrencia se debe solicitar un urocultivo al finalizar la terapia antibiótica y posteriormente un control a las 4 a 6 semanas después (13).

En este caso la paciente recibió en hospitalización por los resultados del urocultivo, terapia antibiótica y por el antecedente de ser portadora de catéter permanente se optó por el uso de carbapenems, entre ellos el meropenem ya que es un antibiótico de amplio espectro con cobertura especial a bacilos gram negativos. La paciente presentó una evolución clínica favorable por lo que completa tratamiento antibiótico hasta los 14 días, posterior a ello es dado de alta con antibioticoterapia vía oral y consulta externa por medicina interna para la solicitud del urocultivo al finalizar el tratamiento.

Caso clínico n.º2

Podemos definir al pie diabético como una alteración estructural y funcional de la parte distal de las extremidades como consecuencia de la hiperglicemia continúa resultando en cambios neuropáticos y vasculares, ello conlleva a un incremento del riesgo para generar úlceras, que la mayoría de las veces culmina en amputación (15). El pie diabético es considerado la principal complicación crónica y discapacitante en la diabetes *mellitus* tipo 2 (14),

además la mitad de los pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2 podrían desarrollar úlceras en las zonas distales de las extremidades inferiores (16), y de este grupo el 20% podrían llegar a la amputación cuya mortalidad a los 5 años son de un 44% (17).

Se puede clasificar según la etiología, donde predomina el tipo neuroisquémico con un 25 al 65%, le siguen los neuropáticos con un 40 a 50% y por último los isquémicos de 5 al 15%. En nuestro país, existe mayor prevalencia de neuropatía con un 57% al 90% sin embargo es la infección, la causa principal de la hospitalización la cual abarca el 70% de los casos (16).

Aproximadamente el 40% de los diabéticos presentarían como complicación tardía a la nefropatía diabética (18), como es el presente caso. Además, es causa principal de la ERC, definida como el deterioro de la función renal con una tasa de filtración glomerular (TFG) menor a 60ml/min/1,73m² o la presencia de daño renal durante al menos los últimos tres meses (19). La guía de la Sociedad americana de diabetes (ADA) y guías KDIGO hacen hincapié en realizar un control estricto de la glicemia con la hemoglobina A1c el cual brinda un factor nefroprotector, mantener una presión arterial menor a 140/90 mmHg en diabéticos con ERC sin albuminaria. Además, se recomienda la farmacoterapia con metformina y los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (isglt2) (20).

En el caso del paciente, si bien presentaba un tratamiento de 3 años con metformina y empaglifozina por la enfermedad renal crónica, durante su estancia en una clínica particular fue tratado con un aminoglucósido llamado amikacina el cual lo llevo a una insuficiencia renal aguda (IRA) de tipo parenquimatosa, este medicamento se deposita en la corteza renal generando apoptosis de las células tubulares, generando un daño renal que se traduce en el incremento de cifras de creatinina sérica de 0,5 a 1 mg/dl o un aumento del 50% de la creatinina basal. Como sucedió en este caso la nefrotoxicidad se presentó durante el quinto y séptimo día, sin embargo, la suspensión del tratamiento permitió la regeneración de las células tubulares y así la recuperación de la función renal en aproximadamente 3 semanas (21).

El pie diabético tiene como punto de partida la neuropatía el cual genera un daño del componente motor traducido en la alteración del movimiento de flexión y extensión del pie generando puntos de presión donde se formarán las úlceras; daño en el componente autonómico con afectación de las glándulas sudoríparas generando sequedad de la superficie cutánea incrementado el riesgo de formación de úlceras y por último, daño en el componente sensitivo traducido en síntomas como el dolor tipo quemazón, calambre y pesadez hasta llegar a la nulidad de la sensibilidad (14, 17). Además, si se agrega la enfermedad vascular periférica al ser un factor de oclusión lleva a la isquemia del miembro inferior y contribuye a la ulceración (14, 17). Esta disrupción de la barrera cutánea y debido a que la hiperglicemia genera una disfunción inmune, facilita la propagación de la infección a nivel tisular llevando a una rápida proliferación bacteriana en la fascia profunda, llegando incluso a una sepsis con punto de partida dérmico (14, 17).

La etiología común de la infección es polimicrobiana sin embargo se reportan cepas resistentes como es el *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (MRSA) sobre todo si el paciente tiene antecedentes de antibioticoterapia prolongada.

En este caso el paciente presenta una lesión ulcerada de aproximadamente 4cm con abundante tejido necrótico y absceso con secreción purulenta excesiva, con mal olor a nivel del quinto dedo del pie derecho. El cual según la clasificación de *Meggitt - Wagner*, se lo cataloga como *Wagner III*, recordemos que esta clasificación es una de las más antiguas y ha sido recomendada ya que posee validación en distintas regiones y países al lugar de su creación, además posee un enfoque tanto descriptivo como predictivo, útil para determinar el tratamiento y pronóstico (16).

El manejo de un pie diabético infectado requiere realizar un diagnóstico adecuado según la clasificación ya mencionada y abarca puntos importantes, los cuales son:

- Medidas generales: Manejar un control glicémico, reducción en caso existiera edema, descarga de la extremidad inferior, control de comorbilidades y tener un aporte nutricional basado en proteínas y vitaminas para favorecer la cicatrización de las lesiones (17).
- Desbridamiento quirúrgico: Con el objetivo de eliminar el tejido necrótico, drenar abscesos y secreción purulenta, excéresis de tendones infectados; y explorar la extensión y profundidad de la infección (17).
- Terapia antibiótica: Iniciar una terapia empírica mientras se espera el cultivo de la lesión. Si la infección es leve se puede optar por penicilina o cefalosporina de primera generación sin embargo si es una infección moderada o severa se puede optar por beta lactámicos o cefalosporina de 2 o 3 generación. En caso presente antecedentes de uso previo de antibióticos, isquemia, necrosis o presencia de gas, se recomienda carbapenems asociado a clindamicina o metronidazol. La duración del tratamiento según la *International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF)* en caso de infección leve es de 1 a 2 semanas (17), si existe un compromiso óseo y tejido necrótico una duración de 4 semanas y si no hay intervención quirúrgica un tiempo de 6 semanas (15).
- Tratamiento quirúrgico: Esta opción se aplica en pacientes con lesiones ulcerativas, acompañada de absceso, gangrena húmeda o hallazgo de gas en la radiografía. Posterior a la operación el enfoque es lograr un cierre exitoso, formación de tejido de granulación, revascularización y brindar condiciones para mantener la zona húmeda (17).
- Amputaciones: Optar por este procedimiento implica que no es posible el cierre de la lesión debido al tamaño, extensión, localización o presencia de isquemia como es la enfermedad arterial periférica, ello verificado por el cirujano de tórax y cardiovascular. Por lo que el traumatólogo puede proponer amputaciones parciales o totales, estas opciones gracias a la terapia de reperfusión son más viables que las amputaciones transtibiales o supracondileas. Es importante explicar al paciente los riesgos y beneficios como es una rápida cicatrización, reducción de reinfección, recuperación de la función de la extremidad inferior y disminución de la estancia hospitalaria. Después de la cicatrización por la amputación se debe trabajar de forma

multidisciplinaria, ello es recomendado por la Sociedad de Cirugía Vascul ar y la Asociación Americana Médica de Podiatría (17).

En nuestro caso el manejo del pie diabético incluyó, interconsulta por cirugía de tórax y cardiovascular para valorar la isquemia mediante la exploración física de los pulsos en los miembros inferiores, los cuales se hallaban disminuidos por lo que se solicitó una ecografía doppler arterial evidenciando una angioesclerosis difusa sin presencia de estenosis, confirmando la presencia de isquemia. Como medidas generales, al ser un paciente diabético con una ERC reagudizada por la nefrotoxicidad por aminoglucósido se manejó con una dieta hiposódica e hipoglúcida, hidratación a 80cc/horas, tratamiento con insulina R móvil y empaglifozina y por ser hipertenso tratamiento con losartán. Con respecto a la terapia antibiótica tomando en cuenta que es un paciente con pie diabético *Wagner 3*, y que está cursando con una IRA se debe evitar nefrotóxicos como son la betalactámicos, por lo que se optó por penicilina meticilina sensible (oxacilina) acompañado de un antibiótico como es la clindamicina. Durante la emergencia y hospitalización se mantuvo la lesión ulcerativa en un ambiente húmedo para evitar la pérdida de tejido y favorecer la formación de tejido de granulación con apósitos de plata. Traumatología optó por la opción de amputación selectiva del quinto dedo y no hubo complicaciones durante la intervención. En hospitalización culmina el tratamiento antibiótico parenteral por una semana con una evolución clínica favorable por lo que es dado de alta al séptimo día posterior a la operación con indicación de limpieza y aseo de la zona amputada, tratamiento para la diabetes y sus complicaciones, hipertensión e hipertiroidismo, además se solicitó consulta externa por los servicios de endocrinología, nefrología y medicina interna.

III.2 Rotación en Cirugía General

Caso clínico n.º3

La coledocolitiasis es la presencia de cálculos en el conducto colédoco, aunque puede ampliarse la definición a la presencia de cálculos en todo el árbol biliar, estos cálculos provienen de la vesícula biliar, viajan hasta el colédoco a través del conducto cístico por lo que es la complicación más frecuente de la colecistitis. La litiasis primaria es infrecuente (22).

Según la literatura uno de cada diez pacientes diagnosticados con colelitiasis padecerá de coledocolitiasis. La incidencia aumenta en adultos mayores, predomina más en el sexo femenino, en pacientes con sobrepeso u obesidad, antecedente de resección de íleo terminal, uso de cefalosporina de tercera generación y patologías hematológicas (22).

Las manifestaciones clínicas incluyen dolor tipo cólico en epigastrio o cuadrante superior derecho asociado a náuseas y vómitos, también puede presentarse ictericia según el grado de obstrucción del conducto colédoco, recordar que, según el tamaño de los cálculos, si estos son más pequeños tienen mayor facilidad para migrar hacia el conducto colédoco y generar los síntomas mencionados (23).

Con respecto a las pruebas de laboratorio al iniciar la obstrucción del conducto biliar se elevan las transaminasas y posteriormente predomina un patrón colestásico es decir un incremento sérico de fosfatasa alcalina (FA), Gamma glutamil transpeptidasa (GGT) y bilirrubina. Por lo tanto, en los pacientes con coledocolitiasis no complicada suelen no presentar signos inflamatorios como son la fiebre, leucocitosis con desviación a la izquierda, así como enzimas pancreáticas elevadas, sin embargo, los pacientes con una coledocolitiasis complicada pueden incluir una colangitis y pancreatitis aguda (23 y 24).

En el caso del paciente, presenta como factor de riesgo una obesidad en grado 3, además presenta manifestaciones clínicas típicas ya descritas con

sospecha diagnóstica de una colelitiasis, en los exámenes auxiliares se halla predominio de un patrón colestásico e incremento de enzimas pancreáticas y correlacionando con las características del dolor como es la irradiación en cinturón se presumió de una pancreatitis aguda leve.

Como parte del protocolo y mencionado en diferentes guías como la de Essalud se recomienda realizar una ecografía abdominal con el fin de evidenciar la obstrucción del conducto biliar principal (23), en este caso se halló un colédoco en 5cm, vena porta en 9mm, con vesícula de paredes engrosados y con varios litios de 5mm aproximadamente, con páncreas conservado por lo que se concluyó como diagnóstico una colecistitis aguda a descartar una coledocolitiasis. Además, según la guía NICE se recomienda en caso de duda diagnóstica el uso de la colangiografía (23), el cual en este caso se realizó concluyendo en una coledocolitiasis aguda distal por lo que posteriormente se realizaron los prequirúrgicos para el procedimiento de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), papiloesfinterotomía (PEE) y extracción de cálculos con balón extractor además de una limpieza de vías biliares. El abordaje laparoscópico es considerado el tratamiento de oro ya que trae beneficios como es un menor costo, duración del abordaje en un tiempo rápido, menor dolor posterior a la operación, menos estancia hospitalaria y por último una disminución de la morbilidad y mortalidad (22, 25).

Si bien, en este caso hay un riesgo relativo para realizar la CPRE por la edad del paciente y la obesidad que presenta, realizando un balance a predominio de beneficios para el paciente se optó por seleccionar este procedimiento. Además, en pacientes que presenten alguna coagulopatía secundaria les beneficia la papiloesfinterotomía y se han descrito excelentes resultados si los cálculos miden menos de 10mm (22). Por último, el paciente estuvo en NPO, hidratación y con controles de amilasa a las 24 horas y 48 hora con valores normales, su evolución fue favorable por lo que al tercer día posterior a la operación es dado de alta con analgesia y protector gástrico, así como consulta externa por cirugía general.

Caso clínico n.º4

Se define a la hernia incisional o eventración como la salida del peritoneo de la cavidad abdominal con un contenido que puede o no contener a vísceras abdominales y que protruye por un defecto en la pared abdominal debido a un traumatismo o debilidad por múltiples cirugías en especial las incisiones verticales cerca de la línea media, es importante diferenciar este concepto de la evisceración cuya diferencia es que no hay una cubierta de peritoneo y solamente se halla cubiertas por la piel y tejido celular subcutáneo (26).

La frecuencia según la literatura es del 3 al 11% por cada cirugía y un 23% si existe infección en el sitio de operación. El tiempo en que se desarrollará estas hernias son más frecuentes durante el primer año de la cirugía con un 50% y 5 años o más, después de la cirugía con un 35% (27). Los factores que predisponen estas hernias las podemos dividir en:

- Factores locales tales como la infección de la herida, errores técnicos de la sutura como el tipo de incisión, forma de realiza la incisión y realizar una incisión en una zona de incisión previa, entre otros (27).
- Factores que aumenta la presión intraabdominal tales como la obesidad ya que hay deterioro del tono y resistencia de los músculos abdominales, íleo posterior a una operación prolongada, acceso de tos, la ascitis, síndrome abdominal compartimental, diálisis peritoneal y por último el realizar cargas de peso excesivo por mucho tiempo (27).

En este caso nos encontramos ante una paciente con múltiples factores de riesgo como son la multiparidad, obesidad grado III, el realizar un constante trabajo de carga de peso, todo lo mencionado genera un incremento constante de la presión intraabdominal, además se adiciona el padecer múltiples cirugías a lo largo de los años como son una cesárea anterior una vez hace 20 años, hernia umbilical hace 12 años y colecistectomía hace 10 años resultando de múltiples incisiones verticales y horizontales.

El diagnóstico es clínico y se caracteriza por la triada de dolor en la zona afectada, tumor que puede o no reducirse y zona de cicatriz quirúrgica o de trauma (27).

El desarrollo de la hernia incisional presenta una evolución lenta, como es el caso mencionado, cuyo tiempo de enfermedad fue de 2 años y al examen clínico se evidenció una tumoración que protruye a la maniobra de Valsalva. Podemos dividirla en complicada o no complicada, simple o compleja (27). En este caso nos encontramos ante una hernia incisional no complicada y simple, ya que el paciente ingresó hemodinámicamente estable y en la exploración física no se halló lesiones o cambios en el color, grosor y alteraciones en la piel, ni hay signos de obstrucción intestinal, además el contenido de la hernia es menor al 50% del volumen de la cavidad abdominal.

Como exámenes auxiliares en el caso del paciente se solicitó una ecografía abdominal de partes blandas que sin bien depende del operador presenta una sensibilidad del 70% y especificidad del 100% (27).

Una vez diagnosticada una hernia incisional se debe realizar los prequirúrgicos y realizar dependiendo del tipo de hernia, el procedimiento quirúrgico correspondiente. Es importante recalcar la profilaxis antibiótica media hora antes de la cirugía con cefazolina 1 gramo endovenoso el cual está indicado en toda hernia incisional (27). Con respecto al tratamiento quirúrgico, actualmente se considera la hernioplastia laparoscópica como la de elección ya que presenta una reducción de la recurrencia en un 12 a 24% (28). Con respecto al material protésico se ha asociado un incremento de las infecciones al usar las mallas de polipropileno sin embargo existen mallas compuesta que han reducido este riesgo de infección (29). En este caso por ser una hernia incisional no complicada simple se optó por una hernioplastia incisional por laparoscopia el cual si bien tiene un pequeño porcentaje de recidiva es una técnica accesible en el HNHU.

III. 3 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º5

Definimos a la mastitis granulomatosa idiopática o MGI como una enfermedad inflamatoria benigna, de curso crónico cuya frecuencia era rara sin embargo se han publicado reportes de caso con incremento en los últimos años (30),

La etiología es desconocida sin embargo diferentes estudios reportan factores desencadenantes como es el embarazo, lactancia materna en los últimos 5 a 8 años, hiperprolactinemia, enfermedades autoinmunes y el uso de anticonceptivos orales, aunque este último está en controversia, algunos reportan asociación hasta en un 33% de los casos (30, 31). Epidemiológicamente afecta a la población femenina entre los 20 a 40 años (30,31).

La presentación clínica inicia con una única masa unilateral palpable en el 88% de casos, acompañado de signos de inflamación local como dolor, eritema, así como lesiones ulcerativas en un 35.5% de casos, la afectación es más frecuente hacia el lado derecho en un 60% y se ha asociado a otras manifestaciones con menor frecuencia, como la induración de la superficie cutánea, incremento en el tamaño de la mama, secreción por el pezón y fistulas cutáneas (32).

En este caso nos presentan a una paciente en edad reproductiva con algunos factores desencadenantes como el antecedente de lactancia materna hace 5 años, uso de anticonceptivos orales, que al examen físico se palpa una masa nodular de 4 x 4 cm en el cuadrante superior externo de la mama izquierda, asociado a lesión ulcerativa de 2 x 2 cm en la zona mencionada y a nivel periareolar; y a la ecografía se halla un mastitis crónica izquierda a descartar un absceso así como una adenomegalia axilar izquierda.

El enfoque inicial en este caso implica descartar malignidad ya que en el caso de la MGI tanto la clínica como la radiografía puede simular un carcinoma de

mama, llevando a realizar un tratamiento quirúrgico innecesario (33). En el caso de la ecografía en la MGI se describió una distorsión en la arquitectura mamaria, masas, colección de líquidos, adenopatía axilar y engrosamiento cutáneo, sin embargo, el hallazgo más común es una masa hipoeoica con márgenes angulares (30).

Una vez descartado infecciones y patologías granulomatosas como la poliangitis, como se realizó en este caso para el diagnóstico definitivo es fundamental realizar una biopsia con estudios histológicos (33). Los estudios recomiendan realizar el procedimiento de biopsia por aguja gruesa ya que posee una sensibilidad del 96% (33). En el reporte histológico del presente caso se halló granulomas en lóbulo mamario izquierdo, acompañado de linfocitos, células plasmáticas, epiteloideas y células gigantes tipo langerhans, con microabcesos concluyendo en una MGI.

El tratamiento de la MGI no sigue guías o protocolos sin embargo por los reportes de casos incluye un manejo no quirúrgico que consiste en terapia antibiótica, corticoterapia e inmunosupresores así como el drenaje de los abcesos y un tratamiento quirúrgico como es la resección completa complementada con AINES, corticoides o inmunosupresores sin embargo genera una recidiva de hasta el 50%, un proceso de cicatrización deficiente, formación de abcesos y deformidad de la superficie mamaria (32 y 34).

En este caso la paciente recibió una terapia corticoterapia con prednisolona e inmunosupresora con metotrexate 15 mg por semana y ácido fólico 1 mg cada día, el cual se tomará cuando no se administra el metotrexate. La paciente estuvo una semana en observación por tratamiento brindado con mejoría clínica por lo que se decide alta con continuación de tratamiento mencionado y control por consultorio externo con reumatología y ginecología.

Caso clínico n°6

Definimos a los miomas uterinos como los tumores benignos más frecuentes, sólidos y son dependientes de hormonas, también llamados leiomiomas o

fibromas. Se menciona que hasta el 70% de las mujeres lo tendrá en algún momento de su vida, siendo la edad más frecuente a los 50 años y la incidencia aumenta con la edad. Frecuentemente es asintomática sin embargo solo es sintomático en el 25% de las mujeres en edad reproductiva (35,36).

Se han descrito factores de riesgo como son, la edad donde a partir de los 45 años hasta los 50 años, una menarquía temprana por la exposición precoz al estrógeno, sobrepeso u obesidad, historia familiar de primer grado, la raza negra y padecer de síndrome de ovario poliquístico ya que por la anovulación crónica hay una exposición continua a estrógenos, de la misma forma hay factores que reducen el riesgo como son, la multiparidad la cual disminuye el riesgo 5 veces menos, el uso de métodos anticonceptivos oral combinados, la postmenopausia y el consumir tabaco (35,36,37).

Con respecto a las manifestaciones clínicas dependen de la localización, tamaño y número, estos pueden ser únicos o varios y al momento de describir el tamaño uterino se hace en semanas como si fuera un útero grávido (38). Se mencionan al sangrado uterino anormal en el 60% de los casos con un patrón prolongado y abundante llevando a una anemia severa y necesidad de transfusión, siendo los miomas submucosos e intramurales los que causan sangrado abundante; síntomas relacionados con el volumen del mioma ya que por su agrandamiento el útero genera un efecto de masa, forma irregular, protrusión a nivel abdominal, y presión sobre otros órganos generando dolor pélvico tipo cólico en un 25% de casos e incluso síntomas urinarios como poliaquiuria o intestinales como el estreñimiento; por ultimo tenemos a la infertilidad en el 15% de los casos, en especial por miomas submucosos e intramurales (38, 39).

En este caso tenemos a un paciente mujer de 40 años con antecedente de tratamiento hormonal por diagnóstico de miomatosis uterina, sin embargo al persistir con el sangrado uterino anormal se hospitalizó en el 2022 por anemia severa recibiendo transfusión de paquetes globulares, además refiere un régimen catamenial de 8 a 9 días, asociado a dolor pélvico tipo cólico,

sensación de bulto en el abdomen inferior y síntomas que sugieren una probable anemia, al examen físico se palpa un útero de superficie irregular, agrandado con altura uterina de 16 cm, y una masa de aprox. 8 cm en la pared anterior el cual genera desplazamiento del cérvix hacia la pared posterior. Se solicitó los exámenes auxiliares hallando una hemoglobina en 3mg/dl motivo por el cual se le transfunde cuatro paquetes globulares y de plasma fresco congelado así como ácido tranexámico cada 8 horas; un examen de orina patológico por lo que se le inicio antibióticos y posteriormente se le realiza una ecografía abdominal, el cual es el examen complementario de elección en leiomiomas (37), en esta paciente se halla una única tumoración de 108 x 100 mm que compromete fondo y cuerpo uterino así como un útero de 160 x 105 x 115 mm con diagnóstico de tumoración abdomino pélvica por miomatosis uterina grado 5, es decir según la escala de clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) nos encontramos antes un mioma subseroso con el 50% de su contenido a nivel intramural, el cual distorsiona la capa más externa del útero que es la serosa (37).

En el presente caso se optó previo consentimiento de la paciente al ya no tener deseo reproductivo, el realizar una histerectomía la cual se considera el tratamiento quirúrgico definitivo con una tasa de satisfacción mayor al 90% (35), ello se consideró ya que la pacientes es refractaria al tratamiento médico hormonal, además al tener un tamaño uterino equivalente a 16 semanas se recomienda en mujeres sin deseo de fertilidad con un tamaño uterino mayor a 12 semanas realizar este procedimiento (35). Posterior a la operación paciente se halla afebril, no presenta complicaciones en el sitio de operación, no sangrado vaginal y se proporciona analgesia condicional, su evolución clínica es favorable por lo que se decide su alta con indicaciones de estar en reposo sin cargar peso y analgesia condicional.

III.4 Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º7

La celulitis forma parte de las infecciones de piel y tejidos blandos y podemos definirla como una inflamación que afecta la dermis reticular, hipodermis y tejido celular subcutáneo, posee factores predisponentes como los traumatismos, lesiones, infecciones anteriores como el impétigo, micosis, entre otros, picadura de insectos, mordedura de animales, quemaduras, entre otros (40), ello genera una disrupción de la piel generando el ingreso de patógenos que se hallan en la flora transitoria de la piel como es el *Staphylococcus aureus* y el *Streptococcus pyogenes*, los cuales son la etiología más frecuente con un 10% y 80% respectivamente, estos al expulsar sus toxinas generan un cuadro inflamatorio (41). Recalcar que varios estudios reportan en la población pediátrica, incremento del *S. aureus* metilicino resistentes o SARM adquirida en la comunidad (42).

Con respecto al diagnóstico es basado en la presentación clínica la cual es una lesión tipo placa de bordes irregulares, eritematosa, caliente y edematosa, además se pueden formar ampollas y pústulas evolucionando a lesiones ulcerativas y se puede asociar a linfadenopatía regional y linfangitis (40,42). Los pacientes pueden presentar síntomas sistémicos, sin embargo, un pequeño porcentaje puede evolucionar a sepsis, gangrena o fascitis necrotizante. La localización más frecuente se da en miembros inferiores y rostro (40,42). En este caso se presenta a un paciente pediátrico que refiere síntomas sistémicos como es la fiebre sin embargo dos días antes del ingreso refiere una lesión a nivel de miembro inferior de bordes delimitados, eritematoso, edematoso, caliente con presencia de secreción purulenta, los cuales son características de una presentación por celulitis como se ha descrito con descarte de absceso.

Se solicitó exámenes auxiliares evidenciando una leucocitosis con desviación a la izquierda, PCR elevada, ello debido al proceso inflamatorio presentado, así como una anemia moderada. Algunas guías recomiendan no solicitar

hemograma completo, ni reactantes de fase aguda ya que los resultados son inespecíficos, sin embargo, ello es útil en el diagnóstico diferencial (41,42). En este caso debido a la sospecha de absceso se solicitó una ecografía de partes blandas detectando la presencia de colecciones purulentas y cambios inflamatorios en el tejido celular subcutáneo.

En este caso, el tratamiento recomendado en pacientes inmunocompetentes con presencia de abscesos cutáneo es realizar incisión y drenaje de la colección más una antibioticoterapia la cual dependió de la clínica y resistencia bacteriana (42,43). En nuestro caso al presentar signos de infección sistémica se optó por la clindamicina parenteral, la cual se recomienda como elección ya que presenta una resistencia menor al 10% con respecto a las cepas SARM (43). El tiempo de duración del tratamiento se recomienda de 10 a 14 días por vía parenteral y una vez el paciente no presente manifestaciones sistémicas ni lesiones purulentas se puede cambiar a vía oral, además se recomienda elevar el miembro inferior lesionado y brindar analgesia (43). En el caso el paciente tuvo una evolución favorable completando los 12 días de antibiótico, con lesión sin signos de flogosis ni secreción purulenta por lo que es dado de alta con tratamiento para la anemia y control por consultorio externo.

Caso clínico n.º8

Definimos a la neumonía como una infección aguda del parénquima pulmonar que abarca a las vías respiratorias, intersticio, alveolo, pleura visceral y estructuras vasculares cuya etiología puede ser viral, bacteriana, micótica o parasitaria. Mientras que definir a la neumonía adquirida en la comunidad implica que la infección se adquirió fuera del hospital y que inicio dentro de las 48 a 72 horas de la hospitalización (44). La neumonía representa la causa principal de mortalidad en menores de 5 años, según un estudio del 2018 realizado por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud, la mayor cantidad de casos de neumonía se reportó entre las edades de 1 a 4 años, generando el 16% de casos de fallecimiento en menores de 5 años (44).

Entre los factores de riesgo se mencionan, el factor ambiental tal como la contaminación por humo de combustión, el humo del tabaco y el hacinamiento, el factor de estilo de vida tal como no lavarse las manos, asistir a guarderías, estar en contacto con un infectado, factores del huésped tales como la prematuridad, ausencia de lactancia materna, vacunas incompletas, asma, malnutrición, infecciones respiratorias consecutivas y por último factores hereditarios como la fibrosis quística, inmunodeficiencias, entre otros (44).

En menores de 5 años prepondera la etiología viral, en más del 50% de los casos. Sin embargo, dentro de la etiología bacteriana el primer lugar se lo lleva el *Streptococo pneumoniae*, además en nuestro país es la principal causa bacteriana de la NAC no obstante se ha reportado un aumento en la resistencia bacteriana debido las constantes mutaciones del patógenos por la automedicación y uso indiscriminado de los antibióticos (44).

La clínica de la NAC en la edad pediátrica incluye la fiebre, la cual es descrita en los primeros 3 días de enfermedad y nos orienta a un causa mixta o bacteriana; la tos seca, pero predomina que sea productiva, sin embargo, no es un síntoma inicial que nos oriente a una etiología bacteriana; la taquipnea que es el signo más sensible sin embargo disminuye en los menores de 5 años. La dificultad respiratoria e hipoxemia son signos específicos para la neumonía, en el examen físico ello traduce el uso de la musculatura accesoria y aleteo nasal, en la auscultación se evidencia disminución del murmullo vesicular, crépitos, egofonía, broncofonía con una sensibilidad y especificidad del 75% para NAC, también puede hallarse sibilancias sin embargo nos orientaría más a una infección viral. Por lo tanto, se puede considerar una neumonía de etiología bacteriana en la edad pediátrica si presentan fiebre persistente mayor a 38.5, taquipnea y dificultad respiratoria, además pueden presentar tos, sibilancia o dolor torácico (44).

Además, se debe sospechar de una neumonía viral o atípica cuando el paciente presenta infección de las vías respiratorias altas traducido en síntomas como el catarro, rinorrea o estornudos asociados a diarrea,

conjuntivitis y que luego evoluciona a una dificultad respiratoria. Por otro lado, en una neumonía típica o bacteriana, la infección inicia con fiebre y taquipnea sin embargo la tos no se halla al principio (44).

En nuestro caso nos presentan a una menor de dos años con antecedentes familiares de tíos con asma, con respecto a la clínica presenta una fiebre recurrente de 4 días hasta el ingreso, además presentó rinorrea y tos productiva, sin embargo, al ingreso presentó dificultad respiratoria y taquipnea, además al examen físico se halla febril, taquipneico, con orofaringe congestiva y a la auscultación presenta un murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares, así como subcrepitos.

Según la guía del MINSA el criterio diagnóstico de neumonía se basa en una anamnesis y examen físico exhaustivo por lo que como impresiones diagnósticas se propuso una faringitis y a descartar una neumonía (44). Sin embargo, es importante la radiografía de tórax el cual es el patrón de oro para el diagnóstico de neumonía, en este caso se evidenció consolidaciones bilaterales con broncograma aéreo en ambos campos pulmonares, horizontalización de costillas y ángulos costodiafragmáticos libres por lo que confirmaría el diagnóstico de neumonía. Acotar que el presente patrón radiológico corresponde a un patrón alveolar característico en la etiología bacteriana (44).

En el presente caso se solicitó un hemograma donde se halla una leucocitosis con desviación a la izquierda a predominio de bastonados, una anemia leve, así como un PCR elevada, el cual si bien nos orienta a una etiología bacteriana en conjunto con la clínica y radiografía de tórax nos permite establecer el diagnóstico definitivo. El paciente presentaba criterios de hospitalización ya que se hallaba con dificultad respiratoria, una vez ingresado se inició el tratamiento antibiótico con ceftriaxona a una dosis de 80 mg/kg/día cada 12 horas por vía parenteral, el cual al tercer día presentó una evolución clínica favorable con ausencia de fiebre, disminución de sintomatología por lo que completa tratamiento antibiótico endovenoso por 5 días efectivos. Debido a la resistencia bacteriana parcialmente sensibles a la penicilina, la guía

recomienda como antibioticoterapia a la amoxicilina a altas dosis, cefotaxima o ceftriaxona a dosis estándar (44). En este caso la guía menciona que la dosis estándar de ceftriaxona es de 75 a 100 mg por kg por día dividido dos veces al día, con una duración con un tiempo mínimo de siete días (44). Finalmente, en el caso descrito es dado de alta para continuación de tratamiento con amoxicilina más ácido clavulánico por 7 días, además se le brindó tratamiento para anemia y control por consultorio externo.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico en primera instancia debió iniciar en el mes de abril sin embargo ante la coyuntura por la sexta ola de la pandemia tuvo que postergarse hasta el mes de junio, donde se reinició el ingreso de los internos a los hospitales, en mi caso al Hospital Nacional Hipólito Unanue cuya hora de ingreso era a las 6:00am y hora de salida a las 5:00pm con variaciones los días domingos cuya hora de salida era a la 1:00pm aproximadamente, ello era según los pendientes que se tenían que realizar por cada paciente.

La primera rotación fue por medicina interna, la cual guardo una grata experiencia ya que aprendí a realizar los primeros procedimientos como es el tomar un examen de gases arteriales, colocar los electrodos para la toma de EKG, curaciones de pie diabético, etc. Luego la segunda rotación fue por cirugía general la cual tenía una dinámica distinta ya que tenías turnos de guarda de 7am a 7pm con un día descanso y la distribución fue por 15 días tanto en tópico de cirugía como en sala de hospitalización, fue una experiencia en donde aprendimos a realizar triaje, suturas, colocación de sondas Foley, etc. La tercera rotación fue en gineco obstetricia donde nos dividieron para realizar guardias de 6am a 6pm tanto en hospitalización como en sala de partos o cesárea, aquí aprendimos a realizar tactos vaginales, control prenatal en caso de gestantes de riesgo, realizar un partograma, etc. Y por último la cuarta rotación fue en pediatría y neonatología, en donde se realizó la rotación tanto en hospitalización como en emergencia mientras que en el caso de neonatología fueron los 15 días restantes en hospitalización y atención inmediata del recién nacido.

Una de las dificultades más resaltantes fue la corta duración del internado en los diferentes hospitales ya que solo tenías un mes por rotación ello debido a la disposición por norma del MINSA, sin embargo, a mediados del mes de octubre se decretó el fin del estado de emergencia por la COVID-19, sin embargo, no se realizó ninguna modificación con respecto a la duración del internado. El problema del tiempo se resolvió en parte con los internos

asistiendo por su cuenta algunos días que no les tocaba turno o quedándose más allá de las horas correspondidas.

CONCLUSIONES

El periodo del internado médico es fundamental para todo estudiante de medicina humana ya que no solo es la consolidación de los conocimientos teóricos y prácticos, sino que también representa las prácticas preprofesionales para posteriormente culminar la carrera. Además, es un periodo donde formamos relaciones interpersonales no solo con los médicos residentes o asistentes si no con los licenciados de enfermería, técnicos, personal administrativo por lo que aprendemos a trabajar en equipo, así como reconocer las funciones de cada profesional de salud, ayudándonos en desarrollar habilidades de comunicación asertiva las cuales son fundamentales para el profesional médico.

A raíz de la pandemia de COVID-19 surgieron cambios en el internado médico pasando de 12 meses a 10 meses los cuales fueron distribuidos en centros de primer y tercer nivel de atención, que si bien redujo significativamente el paso de los internos por las rotaciones clínicas hospitalarias, permitió conocer las carencias y bondades de nuestro sistema de salud, situación que insta a resolver de manera creativa las dificultades que se presentan en favor del paciente procurando su bienestar.

Así mismo el interno de medicina funge como apoyo en las actividades diarias que puedan ser realizadas durante las rotaciones por las diversas especialidades, como la elaboración de la historia clínica y poner en marcha el plan de trabajo, no debemos olvidar que aún se encuentra en instrucción por lo cual es indispensable contar con un médico con amplia experiencia el cuál evaluará e impartirá conocimientos con el objetivo de lograr las competencias necesarias que todo médico general debe tener, además se aprende la capacidad de liderazgo, toma de decisiones y trabajo en equipo algo esencial durante la atención en salud con el objetivo de garantizar el bienestar mental, físico y social de todos los pacientes.

Los tutores docentes bajo su supervisión y comprensión nos permitieron continuar con las prácticas en las diferentes especialidades durante nuestro tiempo libre, logrando realizar las actividades prácticas de forma satisfactoria.

RECOMENDACIONES

A los futuros internos de medicina humana, explotar al máximo sus conocimientos teóricos con la continua responsabilidad de estudiar en cada rotación para no solo poder ser testigos en la pase de visita o ronda médicas si no poder reforzar y aportar conocimiento con el fin de mejorar el bienestar del paciente.

Al ser supervisados por tutores docentes con amplia experiencia, tener la iniciativa para tener la oportunidad de participar en los diferentes procedimientos médicos y quirúrgicos ganando así mayor experiencia y desarrollo de habilidades.

A los hospitales del MINSA como apoyo a los futuros médicos que realizan el internado, poder contratar médicos especialistas con calidad en docencia para que sean los guías y maestros así como crear un ambiente para los estudiantes con el fin de tener un tiempo de descanso y poder continuar con los horarios de estudios.

Por último, se pide al gobierno actual 2023 continuar con el incentivo monetario ya que el interno realiza actividades y forma parte del personal de salud que también labora y recibe un sueldo.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ministerio de Salud - Resolución Ministerial N° 622-2020-MINSA [Internet]. 2020 [citado el 30 de julio del 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1097726-622-2020-minsa>.
2. RESEÑA HISTORICA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, MINSA [internet]. 2014 [citado el 4 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/transparencia/Datos%20generales/RESE%C3%91A%20HISTORICA.pdf>
3. Dreger NM, Degener S, Ahmad-Nejad P, Wöbker G, Roth S. Urosepsis-Etiology, Diagnosis, and Treatment. Dtsch Arztebl [Internet] 2015 Dec [Citado el 4 de abril del 2023] 4;112(49):837-47; quiz 848. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26754121/>
4. Wagenlehner FME, Pilatz A, Weidner W, Naber KG. Urosepsis: Overview of the Diagnostic and Treatment Challenges. Microbiol Spectr [Internet] 2015 Oct [Citado el 04 de abril del 2020] 3(5). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26542042/>
5. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario. Servicio de emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza [Internet] 2021 [Citado el 04 de abril del 2023]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2586936/RD%20269-GPC%20para%20DXyTTO%20Infec%20Tracto%20Urinario-EMERG-29Nov-21.pdf.pdf>
6. Peach BC, Garvan GJ, Garvan CS, Cimiotti JP. Risk Factors for Urosepsis in Older Adults: A Systematic Review. Gerontol Geriatr Med [Internet] 2016 [Citado el 04 de abril del 2023] Apr 6;2:2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28138493/>
7. Zeng G, Zhu W, Lam W, Bayramgil A. Treatment of urinary tract infections in the old and fragile. World J Urol.[Internet] 2020 Nov [Citado el 04 de abril del 2023];38(11):2709-2720. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32221713/>

8. Rubi H, Mudey G, Kunjalwar R. Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI). *Cureus*. [Internet] 2022[Citado el 04 de abril del 2023] Oct 17;14(10):e30385. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36407206/>
9. Guía de Práctica Clínica para diagnóstico y tratamiento de sepsis, Hospital Santa Rosa pueblo libre [Internet] 2020 [Citado el 04 de abril del 2023]. Disponible en: <http://209.45.95.139/transparencia/pdf/2020/resoluciones/RD-267-2020-SEPSIS.pdf>
10. Guía de Práctica Clínica N 15 para el reconocimiento y el manejo inicial de la sepsis en adultos, guía en versión corta, Essalud [Internet] 2018 [Citado el 04 de abril del 2023]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Sepsis_Version_corta.pdf.
11. Guía internacional para el manejo de la sepsis y el shock séptico. [Internet]. [Citado el 04 de abril del 2023]. Disponible en: <http://clinicainfectologica2hnc.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2018/03/Gu%C3%A9nDa-internacional-para-el-manejo-de-la-sepsis-y-el-shock-s%C3%A9ptico.pdf>
12. Sa MB, Salaverría I, Cabas AC. Fluidoterapia en la sepsis y el shock séptico. *Med Intensiva* [Internet]. 2022 [citado el 4 de abril de 2023]; 46:14–25. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-fluidoterapia-sepsis-el-shock-septico-articulo-S0210569122000961>
13. Bisso Andrade Aland. Antibioticoterapia en las infecciones graves. *Acta méd. peruana* [Internet]. [citado 2023 Abril 04] ; 28(1): 27-38. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000100006&lng=es.
14. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control del Pie diabético, MINSA [Internet] 2016 [Citado el 04 de abril del 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/284818-guia-de-practica-clinica-para-el-diagnostico-tratamiento-y-control-del-pie-diabetico-guia-tecnica-r-m-n-226-2016-minsa>
15. Guia del IWGD para la prevención de la enfermedad del pie diabetico [Internet] 2019 [Citado el 04 de abril del 2023]. Disponible en: https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2020/03/IWGDF-Guidelines-2019_Spanish.pdf

16. Ascaño Ortega Alicia. Criterios y resultados de la aplicación de las clasificaciones para pacientes con pie diabético. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2021 Dic [citado 2023 Abril 04] ; 50(4): e1431. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572021000400033&lng=es. Epub 01-Dic-2021.
17. Dra. Dyana Calderon Morera. Algoritmos de diagnóstico, manejo y tratamiento de pacientes con enfermedad de pie diabético basados en revisión bibliográfica [internet] 2019 [Citado el 4 de abril del 2023]. Disponible en: <https://catalogosiidca.csuca.org/Record/UCR.000668378>
18. Villena Pacheco Arturo. Factores de riesgo de Nefropatía Diabética. Acta méd. Peru [Internet]. 2021 Oct [citado 2023 Abril 04] ; 38(4): 283-294. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172021000400283&lng=es. Epub 04-Feb-2022. <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2021.384.2256>.
19. Verner Codoceo R. Diabetes mellitus en el paciente con enfermedad renal avanzada. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2010 [citado el 4 de abril de 2023];21(4):585–94. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-diabetes-mellitus-el-paciente-con-S0716864010705745>
20. Fernández-Fernández B, Ortiz A. Tratamiento de la Enfermedad Renal Diabética. En: Lorenzo V., López Gómez JM (Eds). Nefrología al día [Internet] 2021 [Citado el 04 de abril del 2023] ISSN: 2659-2606. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/394>
21. Lamponi Tappatá L, Tomas AL, Prieto L, Pfeiffer C, Gallardo MF, Sofio MP, et al. Insuficiencia renal aguda en pacientes tratados con aminoglucósidos. Actualizaciones en Sida e Infectología [Internet]. 2020 [citado el 4 de abril de 2023]; Disponible en: <https://infectologia.info/revista/numero-102/insuficiencia-renal-aguda-en-pacientes-tratados-con-aminoglucosidos/>
22. Martín Adrián Bolívar-Rodríguez*, Adrián Pamanes-Lozano, Carlos Fernando Corona-Sapien, Rodolfo Fierro- López, Marcel Antonio Cázarez-Aguilar., editor. REVMEDUAS [Internet]. Vol. 7. Universidad Autonoma de

- Sinaloa; 2017. Disponible en: <https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/pdf/v7/n3/coledocolitiasis.pdf>
23. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA COLELITIASIS, COLECISTITIS AGUDA Y COLEDOCOLITIASIS GUÍA EN VERSIÓN EXTENSA. ESSALUD [Internet] 2018 [Citado el 4 de abril del 2023]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Colelitiasis_Version_Extensa.pdf
24. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la colecistitis [Internet]. Gob.pe. 2018 [citado el 4 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/Resoluci%C3%B3n_Directoral_N294-2018-DG-HEJCU_Guia_de_Practica_Clinica.pdf
25. Alvarez chica LF, Rico-Juri JM, Carrero-Rivera SA, Castro-Villegas F. Coledocolitiasis y exploración laparoscópica de la vía biliar. Un estudio de cohorte. Rev Colomb Cir [Internet]. 2021 [citado el 4 de abril de 2023];36(2):301–11. Disponible en: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/558>.
26. Abraham Arap JF, García Sierra JC. Hernia incisional: definición, diferencia con la evisceración, clasificación, diagnóstico positivo y diferencial, profilaxis y tratamiento. Rev Cuba Cir [Internet]. 2011 [citado el 4 de abril de 2023];50(3):388–400. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932011000300016
27. LLerena del Rio AH. Guía de práctica clínica para el manejo y diagnóstico de eventración abdominal [Internet]. Gob.pe. 2019 [citado el 4 de abril de 2023]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3435749/12.%20gu%C3%ADa%20para%20el%20diagn%C3%B3stico%20y%20tratamiento%20de%20eventraci%C3%B3n%20abdominal.pdf.pdf>
28. Gamboa C C, Jarufe C N, Funke H R, Pimentel M F, Ibáñez A L, Boza W C. Reparación de hernia incisional por vía laparoscópica: Resultados iniciales. Rev Chil Cir [Internet]. 2010 [citado el 4 de abril de 2023];62(1):42–8. Disponible en:

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262010000100008

29. Hernández-Granados P, López-Cano M, Morales-Conde S, Muysoms F, García-Alamino J, Pereira-Rodríguez JA. Profilaxis de la hernia incisional y utilización de mallas. Revisión narrativa. *Cir Esp (Engl Ed)* [Internet]. 2018 [citado el 4 de abril de 2023]; 96(2):76–87. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-profilaxis-hernia-incisional-utilizacion-mallas--S0009739X18300150>.

30. Usma A, Prieto V, Zambrano D, Cifuentes SA, Marín Giraldo C, Saldarriaga Rivera LM. Mastitis granulomatosa idiopática con respuesta al tratamiento inmunosupresor. *Rev Cuba Reumatol* [Internet]. 2020 [citado el 4 de abril de 2023]; 22(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962020000200014.

31. Lozano De Ávila CA, Martínez-Estrada GA, Ramos-Clason EC, Duque-Atencio V, Maza-Manjarrez AP. Caracterización clínico-patológica y manejo de pacientes con mastitis granulomatosa crónica en un centro de alta complejidad. *Rev Colomb Cir* [Internet]. 2021 [citado el 4 de abril de 2023]; 36(3):438–45. Disponible en: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/849>

32. Reyna-Villasmil E, Rondón-Tapia M, Torres-Cepeda D. Mastitis granulomatosa idiopática. Reporte de caso. *Rev Peru Ginecol Obstet* [Internet]. 2018 [citado el 4 de abril de 2023];64(4):671–5. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000400020

33. García-Vilanova Comas A, Galbis Caravajal J, Sabater Marco V, Fuster Diana CA, Villalba Ferrer F, Bruna Esteban M, et al. Etiología de la mastitis crónica: propuesta de secuencia diagnóstica. *Clin Invest Ginecol Obstet* [Internet]. 2018 [citado el 4 de abril de 2023];45(3):98–108. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-etilogia-mastitis-cronica-propuesta-secuencia-S0210573X16300648>

34. Anguiano Yazbek R, Ávila Toscano A. Mastitis granulomatosa: un reto para el diagnóstico. Mediagraphic [Internet]. 2016 [citado el 4 de abril de 2023]; Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2016/cp162e.pdf>
35. Pacheco Fuentes J. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de miomatosis uterina [Internet]. Gob.pe. 2019 [citado el 4 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2019/rd/RD_388-2019-HCH-DG.pdf
36. Guías de práctica clínica del servicio de Ginecología [Internet]. Gob.pe. 2022 [citado el 4 de abril de 2023]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3929808/R.D.%20N%C2%B0300-HNAL-D-2022.pdf.pdf>
37. Hernández-Valencia M, Valerio-Castro E, Tercero-Valdez-Zúñiga CL, Barrón-Vallejo J, Luna-Rojas RM. Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2017 [citado el 4 de abril de 2023];85(9):611–33. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000900611
38. Fernandez Valbuena V, Matorras Weining J. EFECTO DE LOS MIOMAS EN LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA [Internet]. Ehu.es. [citado el 4 de abril de 2023]. Disponible en: https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/30822/TFG_Fernandez_Valbuena_Rev.pdf?sequence=1
39. Stewart E, Laughlin Tommaso S. Uterine fibroids (leiomyomas): Epidemiology, clinical features, diagnosis, and natural history [Internet]. Uptodate.com. 2023 [citado el 4 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-epidemiology-clinical-features-diagnosis-and-natural-history?search=miomas&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
40. Conejo-Fernández AJ, Martínez-Chamorro MJ, Couceiro JA, Moraga-Llop FA, Baquero-Artigao F, Alvez F, et al. Documento de consenso SEIP-AEPAP-SEPEAP sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones cutáneas bacterianas de manejo ambulatorio. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2016 [citado el 4 de abril de 2023];84(2): 121.e1-121.e10.

Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-documento-consenso-seip-aepap-sepeap-sobre-etilogia-articulo-S1695403315000399>.

41. Ortiz-Lazo E, Arriagada-Eggen C, Poehls C, Concha-Rogazy M. Actualización en el abordaje y manejo de celulitis. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2019 [citado el 4 de abril de 2023];110(2):124–30. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-actualizacion-el-abordaje-manejo-celulitis-articulo-S0001731018304253>

42. Miranda K. DEPARTAMENTO DE MEDICINA. SERVICIO DE INFECTOLOGÍA PROTOCOLO DE MANEJO DE CELULITIS [Internet]. Sld.pa. 2020 [citado el 4 de abril de 2023]. Disponible en: <https://hn.sld.pa/wp-content/uploads/2021/04/Protocolo-de-Celulitis.pdf>

43. Moyanoc M, Peuchota A, Giachettid AC. Infecciones de piel y partes blandas en pediatría: consenso sobre diagnóstico y tratamiento. Sociedad Argentina de Pediatría Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo [Internet]. 2014; Disponible en: <https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/infecciones-de-piel-y-partes-blandas-en-pediatr-iacutea-consenso-sobre-diagn-oacutestico-y-tratamiento-2014-comit-eacute-de-infectolog-iacutea.pdf>

44. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de neumonía en las niñas y los niños [Internet]. Gob.pe. 2019 [citado 4 de abril de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4931.pdf>