



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
CENTRO MEDICO NAVAL “CIRUJANO MAYOR SANTIAGO
TAVARA – CMST” 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
GERARDO DAVID CABRERA TOVAR
JAHIR RODRIGO BOJORQUEZ AREVALO**

ASESOR

JOEL CHRISTIAN ROQUE HENRÍQUEZ

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

**DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
CENTRO MEDICO NAVAL “CIRUJANO MAYOR SANTIAGO
TAVARA – CMST” 2022-2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MÉDICO CIRUJANO**

PRESENTADO POR

GERARDO DAVID CABRERA TOVAR

JAHIR RODRIGO BOJORQUEZ AREVALO

ASESOR:

MG. JOEL CHRISTIAN ROQUE HENRÍQUEZ

LIMA, PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dra. Karim Elizabeth Ugarte Rejavinsky

Miembro: Dra. Cynthia Legna Huby Muñoz

Miembro: Dr. María Elena Castro Vallejo

DEDICATORIA

A mi familia, en especial a mis padres y abuela, por creer en mí y darme la oportunidad de educarme y seguir creciendo.

Jahir Rodrigo Bojórquez Arévalo

A mi familia, por su amor y apoyo incondicional.

A mi asesor de tesis, por su guía, enseñanza y dedicación en mi formación académica. Agradezco su paciencia y su capacidad para inspirar y motivarme durante todo el proceso.

Gerardo David Cabrera Tovar

ÍNDICE

RESUMEN	v
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación en Cirugía General	1
1.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia	5
1.3 Rotación en Medicina Interna.....	11
1.4 Rotación en Pediatría.....	17
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA ...	22
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	23
3.1 Rotación en Cirugía General	23
3.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia	27
3.3 Rotación en Medicina Interna.....	31
3.4 Rotación de Pediatría.....	36
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	41
CONCLUSIONES	42
RECOMENDACIONES	43
FUENTES DE INFORMACIÓN	44

RESUMEN

El internado médico en el Perú es un periodo de continuo entrenamiento mediante el cual el futuro médico adquiere habilidades en el ambiente hospitalario bajo la supervisión de médicos experimentados, todo este arduo proceso tiene el objetivo de preparar a los médicos a poder desenvolverse en un ambiente clínico real y de esta manera desarrollar habilidades necesarias para la atención al paciente. El internado médico 2022-2023 tuvo una duración de 10 meses, el cual inició el 1 de junio del 2022 y culminó el 31 de marzo del 2023. Estuvo dividido en 4 rotaciones, las cuales fueron Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría.

Objetivo: Describir los aspectos teóricos y prácticos en el desarrollo del internado médico durante el periodo de junio del 2022 a marzo del 2023 en el Hospital Centro Médico Naval “CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA – CMST”.

Metodología: Se describieron las experiencias del internado médico realizado en el Hospital Centro Médico Naval “CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA – CMST” y se presentaron los casos clínicos presenciados durante la duración del internado.

Resultados: Se presentaron casos vistos durante las cuatro rotaciones. Rotación en Cirugía General: Paciente varón de 54 años se presenta con febrícula, dolor en fosa iliaca derecha, antecedente de hernia inguinal derecha. Diagnóstico: Hernia de Amyand. Paciente mujer de 34 años presenta dolor en hipocondrio derecho y ocasionalmente náuseas. Diagnóstico: colecistitis crónica calculosa. Paciente varón de 57 años presenta sangrado vía anal asociado a dolor en dicha área. Diagnóstico: Hemorroide trombosada. Paciente varón de 53 años presenta dolor perianal a la palpación y al sentarse, además de sensación de masa y secreción verdosa en dicha zona. Diagnóstico: absceso perianal. Rotación en Ginecología y Obstetricia: Primigesta de 28 años presenta dolor abdominal bajo y sangrado vaginal. Diagnóstico: aborto incompleto. Paciente mujer de 59 años acude por sensación de masa en región perineal y pérdida espontánea de orina. Diagnóstico: prolapso de cúpula vaginal, incontinencia urinaria. Paciente

mujer de 45 años presenta dolor abdominal en relación con cada menstruación, asociado a sangrado abundante. Diagnóstico: hemorragia uterina anormal: miomatosis uterina. Paciente mujer 40 años, gestante de 28 semanas de gestación acude por presentar dolor abdominal tipo contracción desde hace 6 horas. Diagnóstico: amenaza de parto pretérmino. Rotación en Medicina Interna: Paciente varón de 59 años presenta dificultad para la micción, y sangrado a través de la sonda Foley asociado a disuria y sensación de alza térmica. Diagnóstico: infección urinaria complicada, hiperplasia prostática benigna. Paciente mujer de 55 años presenta dolor punzante en articulación temporomandibular que empeora con la masticación. Diagnóstico: neuralgia del trigémino. Paciente varón de 29 años presenta lesión en antebrazo luego de picadura de mosquito que posteriormente se ulcera (no doloroso, bordes inflamatorios). Diagnóstico: leishmaniasis cutánea. Paciente varón de 25 años presenta dolor torácico asociado a palpitaciones y dificultad para respirar. Diagnóstico: taquicardia paroxística supraventricular. Rotación en Pediatría: Paciente varón de 7 años presenta fiebre, edema duro y caliente en muslo derecho y adenopatía inguinal del mismo lado. Diagnóstico: adenomegalia inguinal derecha, etiología a determinar. Paciente mujer de 1 año y 5 meses presenta tos con expectoración, antecedente de resfriado común. Diagnóstico: neumonía viral. Paciente varón de 3 meses de edad presenta costra láctea y lesión eritematosa en zona del pañal. Diagnóstico: dermatitis seborreica, dermatitis del pañal. Paciente varón de 6 años acude por molestias al miccionar e infecciones urinarias recurrentes. Diagnóstico: fimosis.

Conclusiones: El internado es una etapa crucial en la formación de los médicos en el Perú, siendo el periodo más importante de la carrera de Medicina Humana; de esta manera, el realizar un buen internado médico es indispensable para el beneficio de los pacientes.

Palabras clave: Internado médico hospitalario, Hospitales Militares, pandemia, COVID-19

ABSTRACT

The medical internship in Peru is a period of continuous training through which the future doctor acquires skills in the hospital environment under the supervision of experienced doctors, all this arduous process has the objective of preparing doctors to be able to function in a clinical environment. and thus develop skills necessary for patient care. The 2022-2023 medical internship lasted 10 months, which began on June 1, 2022 and ended on March 31, 2023. It was divided into 4 rotations, which were General Surgery, Gynecology and Obstetrics, Internal Medicine and Pediatrics.

Objective: To describe the theoretical and practical aspects in the development of the medical internship during the period from June 2022 to March 2023 at the Naval Medical Center Hospital "CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TAVARA - CMST".

Methodology: The experiences of the medical internship carried out at the Naval Medical Center Hospital "CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TAVARA - CMST" were described and the clinical cases witnessed during the duration of the internship were presented.

Results: Cases seen during the four rotations were presented. Rotation in General Surgery: A 54-year-old male patient presented with low-grade fever, pain in the right iliac fossa, and a history of right inguinal hernia. Diagnosis: Amyand's hernia. A 34-year-old female patient presented pain in the right hypochondrium and occasionally nausea. Diagnosis: chronic calculous cholecystitis. A 57-year-old male patient presented anal bleeding associated with pain in said area. Diagnosis: Thrombosed hemorrhoid. A 53-year-old male patient presented perianal pain on palpation and on sitting, as well as a sensation of mass and greenish discharge in said area. Diagnosis: perianal abscess. Rotation in Obstetrics and Gynecology: A 28-year-old primiparous woman presents with lower abdominal pain and vaginal bleeding. Diagnosis: incomplete abortion. A 59-year-old female patient attended due to a sensation of a mass in the perineal region and spontaneous loss of urine. Diagnosis: vaginal vault prolapse, urinary incontinence. A 45-year-old female patient presents with abdominal pain associated with each menstruation, associated with heavy bleeding. Diagnosis: abnormal uterine bleeding: uterine myomatosis. A 40-year-old female patient, pregnant at 28 weeks of gestation, presented with contraction-type abdominal pain for the past 6 hours. Diagnosis: threatened preterm labor. Rotation in Internal Medicine: A 59-year-old male patient presents with difficulty urinating, and bleeding through the Foley catheter associated with dysuria and a sensation of temperature rise.

Diagnosis: complicated urinary infection, benign prostatic hyperplasia. A 55-year-old female patient presents stabbing pain in the temporomandibular joint that worsens with chewing. Diagnosis: trigeminal neuralgia. A 29-year-old male patient presented a forearm lesion after a mosquito bite that later ulcerated (not painful, inflammatory edges). Diagnosis: cutaneous leishmaniasis. A 25-year-old male patient presents chest pain associated with palpitations and difficulty breathing. Diagnosis: paroxysmal supraventricular tachycardia. Rotation in Pediatrics: A 7-year-old male patient presented fever, hard and hot edema in the right thigh and inguinal adenopathy on the same side. Diagnosis: right inguinal adenomegaly, etiology to be determined. A female patient aged 1 year and 5 months presents with cough with expectoration, a history of a common cold. Diagnosis: viral pneumonia. A 3-month-old male patient presented with cradle cap and an erythematous lesion in the diaper area. Diagnosis: seborrheic dermatitis, diaper rash. A 6-year-old male patient attended for discomfort when urinating and recurrent urinary tract infections. Diagnosis: phimosis.

Conclusions: The internship is a crucial stage in the training of doctors in Peru, being the most important period of the Human Medicine career; In this way, carrying out a good medical internship is essential for the benefit of patients.

Keywords: Hospital medical internship, Military Hospitals, pandemic, COVID-19

INTRODUCCIÓN

El internado médico es un periodo en la etapa de formación del estudiante de medicina que consiste en la aplicación práctica de los conceptos teóricos aprendidos en los años anteriores. Esta etapa es crucial para el futuro médico porque es en donde se aprende de profesionales más experimentados la forma de cómo solucionar un problema de salud desde el primer contacto con el paciente, pasando por una correcta evaluación del caso y culminando con la decisión del correcto plan de trabajo que se seguirá para dar solución de dicho problema. Además, nos permite tener una idea de la realidad en la que nos encontramos como sociedad en el ámbito de la salud, ya que se conoce de manera más cercana los problemas que tiene cada paciente de manera individual y los que más frecuentemente se presentan de manera colectiva.

En los años anteriores, el mundo se vio afectado por la pandemia ocasionada por el COVID-19, siendo el área de la salud una de las que más sufrió sus consecuencias. Entre estas no solo se encuentran la gran cantidad de pérdidas de vidas humanas y las limitaciones en la salud que dejó dicha enfermedad, sino que también se vio afectada la docencia en las carreras de salud por los años en los que los hospitales restringieron el ingreso a estudiantes. Sin embargo, en los últimos meses se han ido restableciendo las actividades académicas en hospitales y centros de salud, lo que permite un acercamiento a las prácticas y fortalecimiento de los conceptos que se aprenden teóricamente.

En este trabajo se han descrito 16 casos clínicos correspondientes a los 10 meses de internado que realizamos en el Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara, en el que pudimos recoger experiencias de los servicios de Medicina interna, Cirugía general, Pediatría y Ginecología. La importancia del presente proyecto radica en el desarrollo de estos casos clínicos, lo que permite el análisis de las patologías que suelen ser vistas en los distintos hospitales, además de su manejo más adecuado según la evidencia científica.

NOMBRE DEL TRABAJO

**DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL CENTRO MEDICO NAV
AL "CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TAVARA -**

AUTOR

GERARDO DAVID CABRERA TOVAR

RECuento DE PALABRAS

14611 Words

RECuento DE CARACTERES

81808 Characters

RECuento DE PÁGINAS

58 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

109.5KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 17, 2023 7:15 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 17, 2023 7:18 PM GMT-5

● **19% de similitud general**

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

- 19% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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


Dr. Joel Christian Roque Henriquez
MEDICO CIRUJANO
CMP: 51732

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9206-2422>

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Rotación en Cirugía General

Caso clínico n.º 1

Anamnesis:

Paciente varón de 54 años acude al servicio de emergencia con un tiempo de enfermedad de 16 horas caracterizado por febrícula cuantificada en 37.8°C, dolor en fosa iliaca derecha que va en aumento y astenia. No presenta vómitos, estreñimiento o diarrea. Como antecedente presenta una hernia inguinal derecha desde hace 7 meses.

Funciones vitales:

Presión arterial: 110/70 mmHg, frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto, frecuencia cardiaca: 101 latidos por minuto, temperatura: 37,9 °C

Examen físico:

Piel: tibia, húmeda y elástica, llenado capilar <2", no cianosis, no ictericia

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos, pulso carotídeo de gran intensidad y sin soplos

Abdomen: Abdomen globuloso, blando y depresible. Molestias a la palpación en hipogastrio y fosa iliaca derecha, asociando cierta irritación peritoneal.

Blumberg (+). Tumoración inguinal derecha irreductible, dolorosa a la palpación.

Impresión diagnóstica:

Hernia encarcelada/estrangulada, apendicitis aguda, hernia de Amyand

Exámenes auxiliares:

Hemograma completo: Hemoglobina 13 g/L, Leucocitosis (17 300 por mm³) con neutrofilia (83 % neutrófilos)

PCR (5.0 mg/L)

Perfil hepático: TGO, TGP, FA, bilirrubina directa e indirecta.

Ecografía: hernia inguinal derecha que contenía una estructura tubular de 9 mm con su pared engrosada, compatible con apéndice vermiforme, que

muestra hiperemia, cambios inflamatorios de la grasa adyacente y una imagen hiperecogénica con sombra acústica posterior en su interior, compatible con apendicolito, todo ello compatible con apendicitis aguda.

TAC con contraste: mostró el apéndice vermiforme engrosado, con origen en el ciego extendiéndose hacia el canal inguinal.

Plan de trabajo:

1. Reposo gástrico
2. Antibioticoterapia:
3. Cefazolina 2g IV (60 min previos a incisión cutánea/ repetir la dosis 4h luego de la primera dosis si se sigue en cirugía) + Metronidazol 500 mg IV
4. Analgésicos: Paracetamol
5. Metamizol 1 gr EV c/8hrs
6. Ranitidina 50 mg EV c/8hrs
7. Apendicectomía por el abordaje inguinal
8. Cierre del saco herniario (reducción a la cavidad abdominal), hernioplastía inguinal según técnica de Lichtenstein con malla de polipropileno

Caso clínico n.º 2

Anamnesis:

Paciente mujer de 34 años refiere que hace 08 meses aproximadamente presenta dolor tipo cólico en hipocondrio derecho y fosa iliaca derecha que alivia con analgésicos. En algunas ocasiones presentaba náuseas, pero niega vómitos. Hace 7 meses llega a la emergencia por presentar intenso dolor abdominal en fosa iliaca derecha y flanco derecho. El dolor remitió con analgésicos. Le realizan una ecografía en donde encuentran una vesícula biliar que contenía litos de 8 mm aproximadamente.

Funciones vitales: frecuencia cardiaca: 95 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto, temperatura: 36.5 °C, presión arterial: 120/80 mmHg

Examen físico:

Tórax y pulmones: expansión pulmonar normal, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos

Abdomen: simétrico, ligeramente globuloso, presenta cicatriz quirúrgica antigua por cesárea. Dolor a la palpación en cuatro cuadrantes (palpación profunda). No se palpan masas.

Impresión diagnóstica:

Colecistitis crónica calculosa

Exámenes auxiliares:

Ecografía abdominal: vesícula biliar de 55x14 mm con presencia de litiasis de 8mm a nivel de bacinete. Vena porta de 10.5 mm, colédoco 4 mm. Conclusión: litiasis vesicular.

Plan de trabajo:

1. Se hospitaliza para colecistectomía laparoscópica
2. Reposo gástrico
3. Ketorolaco 60 mg EV cada 8 horas
4. Ranitidina 50 mg EV cada 8 horas
5. Dimenhidrinato 50 mg EV condicional a náuseas y vómitos

Caso clínico n.º 3

Anamnesis:

Paciente varón de 57 años presenta desde hace 3 días un sangrado rojo rutilante por el ano al momento de defecar y posteriormente de manera espontánea asociado a dolor leve que no mejora con tratamiento tópico, por lo que decide acudir a emergencia

Funciones vitales: frecuencia cardíaca: 85 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto, temperatura: 36.5 °C, presión arterial: 150/90 mmHg

Examen físico:

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos

Abdomen: plano, ruidos hidroaéreos presentes, propulsivos, de buena frecuencia e intensidad. Blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda.

Tacto rectal: se evidencia hemorroide trombosada con presencia de coágulo de sangre en hora 7 en posición de litotomía.

Impresión diagnóstica:

Hemorroide trombosada

Plan de trabajo:

1. Se hospitaliza para hemorroidectomía
2. Dieta blanda y líquidos a voluntad
3. Se solicita evaluación prequirúrgica

Caso clínico n.º 4

Anamnesis: paciente varón de 53 años presenta un tiempo de enfermedad de 5 días caracterizado por dolor en región perianal espontáneo que se incrementa a la palpación y al sentarse. Además, nota sensación de masa en dicha zona y aumento de temperatura, dicho cuadro progresa hasta que hace unas 5 horas nota secreción verdosa y sanguinolenta en ropa interior, motivo por el cual acude a emergencia.

Funciones vitales: frecuencia cardiaca: 86 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 16 respiraciones por minuto, temperatura: 36.6 °C.

Examen físico:

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos.

Abdomen: globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no se palpan masas.

Región perianal: solución de continuidad lineal de 1 cm que supura secreción verdosa y sanguinolenta a la presión, dicha lesión se encuentra rodeada por un área eritematosa de 3.5 cm de diámetro que al tacto se siente endurecido y aumentado de temperatura.

Impresión diagnóstica:

Absceso perianal.

Exámenes auxiliares:

Hemograma: hemoglobina 14.5 g/dL, leucocitos: 6 800 por mm³ (abastados 0 %, segmentados: 63 %).

Proteína C reactiva: 2.1

Plan de trabajo:

1. Se hospitaliza para manejo antibiótico endovenoso

2. Dieta completa más líquidos a voluntad
3. Ceftriaxona 1 g EV cada 24 horas
4. Clindamicina 600 mg EV cada 8 horas
5. Ketorolaco 30 mg EV cada 6 horas

1.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico 5:

Anamnesis:

Mujer primigesta de 28 años ingresa a la emergencia de gineco obstetricia con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 1 día, refiriendo presentar dolor abdominal bajo asociado a sangrado que mancha la ropa interior. Niega antecedentes quirúrgicos, niega antecedentes de importancia.

Alergias: Niega

Fórmula obstétrica: G1P0000

Edad gestacional por ecografía del 1er trimestre: 8 semanas 4/7 días.

Examen físico:

Funciones vitales: Frecuencia Cardíaca: 79 latidos por minuto, Frecuencia Respiratoria: 17 respiraciones por minuto, Saturación de oxígeno: 99%
Presión Arterial: 105/65 mmHg

Piel y faneras: Tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar menor a 2 segundos, no ictericia, no cianosis.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no se aprecian soplos.

Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes. Doloroso a la palpación profunda en hipogastrio con una intensidad de 7/10.

Genito-urinario: Puño percusión lumbar negativa, puño renoureteral negativo, micción espontánea.

Especuloscopía: Cuello uterino cerrado, con presencia de sangrado, paredes vaginales con presencia de coágulos.

Sistema Nervioso Central: Lúcida, orientado en tiempo espacio y persona con Glasgow de 15/15, no signos de focalización.

Impresión diagnóstica:

- Aborto incompleto

Exámenes auxiliares:

- Hemoglobina en 10.7 gr/dL Leucocitos: 6000 por mm³, Plaquetas: 280000 por mm³
- Beta-hCG cuantitativa (01/01/23): 3000 mUI/ml
- Beta-hCG cuantitativa (05/01/23): 430 mUI/ml
- Examen de orina: leucocitos 0-5 por campo, hematíes 0-3 por campo, nitritos negativos
- Ecografía: Se aprecia un útero anteversoflexion de 8x5 cm, con cavidad uterina con restos heterogéneos de 6 mm y sin presencia de actividad cardiaca; anexos sin alteraciones; con concluyendo con un aborto incompleto.

Plan de trabajo:

1. Se hospitaliza a la paciente
2. Se prepara a la paciente para Legrado Uterino
3. Reposo gástrico
4. Vía salinizada
5. Prequirúrgicos para SOP
6. Cefazolina 2 g EV 30 min antes de SOP
7. CFV + OSA

Caso clínico 6:

Anamnesis:

Paciente mujer de 59 años, acude por presentar desde hace 6 años sensación de bulto a nivel de región perineal, además de presentar pérdida espontánea de orina, motivo por el cual acude al hospital.

Fórmula gestacional: G3 P3001

Antecedentes Quirúrgicos: Histerectomía abdominal total (2016)

Alergia: Niega

Examen físico:

Funciones vitales: Frecuencia Cardíaca: 80 latidos por minuto, Frecuencia Respiratoria: 14 respiraciones por minuto, Saturación de oxígeno: 99%
Presión Arterial: 95/60 mmhg, Peso: 65 kilos, Talla: 1.45 metros

Piel y faneras: Tibia, elástica, sequedad de mucosas, no ictericia, no cianosis.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no se aprecian soplos.

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

Genito-urinario: PPL - , PRU -, micción de urgencia, se aprecia prolapso de cúpula vaginal. POP-Q : +1 , -1

Sistema Nervioso Central: Lúcida, orientado en tiempo espacio y persona con Glasgow de 15/15, no signos de focalización.

Tacto vaginal: Diferido.

A la Especuloscopia: Diferido.

Impresión diagnóstica:

- Prolapso de cúpula vaginal
- Incontinencia urinaria de urgencia

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Leucocitos: 7 800 por mm³, Hemoglobina 12.3 g/dL
Hematocrito: 36.5 %, Plaquetas: 216 000 en mm³
- Examen de orina: leucocitos 0-5 por campo, hematíes 0-2 por campo, nitritos y gérmenes negativo
- Urocultivo: Negativo

Plan de trabajo:

1. Se hospitaliza a la paciente
2. Se prepara a la paciente para colporrafia anterior
3. Reposo gástrico
4. Vía salinizada
5. Prequirúrgicos para SOP
6. Cefazolina 2g EV 30 min antes de SOP
7. CFV

Caso clínico n.º 7

Anamnesis:

Paciente mujer de 45 años, llega a emergencia refiriendo que presenta dolor abdominal tipo cólico con una intensidad de 7/10 en relación con cada menstruación, asociado con sangrado abundante desde hace aproximadamente tres meses. También ha notado la presencia de coágulos en la menstruación.

Fórmula gestacional: G3 P3003

Antecedentes Quirúrgicos:

- Cesárea por pelvis estrecha (1999)
- Cesárea segmentaria transversa iterativa (2001)
- Cesárea segmentaria transversa iterativa (2006)

Alergias: Niega

Examen físico:

Funciones vitales: Frecuencia Cardíaca: 70 latidos por minuto Frecuencia Respiratoria:14 respiraciones por minuto, Saturación de oxígeno: 99%, Presión Arterial: 105/60 mmHg Peso: 55 kilos, Talla: 1.55 metros

Piel y faneras: Tibia, elástica, sequedad de mucosas, no ictericia, no cianosis, palidez ++/+++

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

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

Abdomen: Blando, depresible, presenta dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha e hipogastrio.

Genito-urinario: PPL -, PRU -, micción espontánea.

Especuloscopia: Cuello uterino cerrado, con presencia de coágulos de sangre en las paredes vaginales.

Sistema Nervioso Central: Lúcida, orientado en tiempo espacio y persona con Glasgow de 15/15, no signos de focalización.

Impresión diagnóstica:

Hemorragia uterina anormal: Miomatosis uterina sintomática

Anemia moderada

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Leucocitos: 5600 por mm^3 , Hemoglobina 9.7 g/dL
Hematocrito: 27.5%, Plaquetas: 356 000 por mm^3

- Examen de orina: leucocitos 0-5 por campo, hematíes 0-2 por campo, nitritos y gérmenes negativo

- Urocultivo: Negativo

- Ecografía: Útero de 113x78x79 mm, lobulado en anteversoflexión, con contornos regulares, miometrio heterogéneo por la presencia de miomas intramurales (3) de 29x35 mm y de 27x22 mm en pared anterior derecha y otro posterior de 8 mm, uno subseroso de 19 mm en el fondo. Anexos sin alteraciones.

Plan de trabajo:

1. Se hospitaliza a la paciente
2. Se prepara a la paciente para histerectomía abdominal total con salpingooforectomía bilateral.
3. Reposo gástrico
4. NaCl 0.9 % x1000 cc 01 frasco
5. Vía salinizada

6. Cefazolina 2 g EV 30 min antes de SOP
7. Efectivizar riesgos prequirúrgicos
8. CFV + OSA

Caso clínico n.º 8

Anamnesis:

Paciente mujer de 40 años, gestante de 28 semanas acude por presentar dolor abdominal tipo contracción desde hace aproximadamente 6 horas. Niega pérdida de líquido, niega sangrado vaginal.

Fórmula gestacional: G3 P1102

Antecedentes Quirúrgicos:

G1: cesárea por preeclampsia en 2009,

G2: cesárea por cesárea anterior en 2014

Alergia: Niega

Examen físico:

Funciones vitales: Frecuencia Cardíaca: 83 latidos por minuto, Frecuencia Respiratoria: 17 respiraciones por minuto, Saturación de oxígeno: 99%
Presión Arterial: 115/60 mmHg, Peso: 70 kilos, Talla: 1.63 metros

Piel y faneras: Tibia, elástica, sequedad de mucosas, no ictericia, no cianosis, palidez ++/+++

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no se aprecian soplos.

Abdomen: Útero grávido, RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial o profunda. AU: 33 cm, SPP: LCD, FCF: 145 latidos por minuto, DU: 4/10 de intensidad moderada.

Genito-urinario: PPL -, PRU -, micción espontánea.

Tacto vaginal: Cérvix intermedio, borramiento del 40 %, dilatación 1 cm, membranas íntegras, no sangrado vaginal.

Sistema Nervioso Central: Lúcida, orientado en tiempo espacio y persona con Glasgow de 15/15, no signos de focalización.

Impresión diagnóstica:

- Gestación de 28 semanas 6/7 por FUR

- D/C amenaza de parto pretérmino
- Anemia moderada

Exámenes auxiliares:

- Laboratorio (03/03/2023): Glucosa: 94 mg/dL, Urea: 11.5 mg/dL, Creatinina: 0.41 mg/dL, BHCG: 0.20 mUI/mL, Hb: 8.7 g/dL, Hto: 26.9 %, leuco: 8 610 en mm³. Grupo sanguíneo: "A" positivo, electrolitos: Cl: 110 mmol/L, K: 3.67 mmol/L Na: 135 mmol/L DLH: 106 UI/L, bilirrubina total: 0.26 mg/dL bilirrubina directa :0.10 mg/dL, bilirrubina indirecta: 0.16 mg/dL, TGP: 11.9 U/L, TGP: 9 U/L.
- Perfil de coagulación: Tiempo de sangría 2' Tiempo de coagulación: 6'30" Tiempo de protrombina: 14.1 segundos INR: 1.06
- Serológicos: Hepatitis C: NEGATIVO, VIH: NEGATIVA, Sífilis: NEGATIVO,
- COVID-19: NEGATIVO
- Ecografía 06/01/23: gestación única activa de 23 ss por BF
- Ecografía 16/02/2023: Gestación única activa de 28 ss, 2 días +/- 1 semana por BF

Plan de trabajo:

1. DC+LAV
2. NaCl 0.9 % 1000 cc—21 gotas x minuto
3. Betametasona 12 mg IM c/24 h
4. Nifedipino 10 mg VO c/ 12 h
5. Monitoreo fetal C/8h
6. Diclofenaco 75 mg (amp IM STAT)
7. Paracetamol 1 g VO PRN dolor
8. CFV+OSA

1.3 Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º 9

Anamnesis:

Paciente varón de 59 años, acude a emergencia refiriendo que hace 8 días presentó dificultad para la micción, por lo que le colocaron una sonda Foley, luego de 7 días se la retiraron, posteriormente se percata de la presencia de

sangre en la orina, acompañado de sensación de alza térmica no cuantificada, asociándose polaquiuria, tenesmo vesical, disuria y disminución del chorro miccional. Para el día de hoy persiste con las molestias y no recuerda qué antibiótico estaba tomando.

Antecedentes:

- Hiperplasia prostática benigna (2010)
- Niega cirugías
- Niega hospitalizaciones

Alergias: Niega

Medicación habitual: Tamsulosina 0.4 mg c/24h (vía oral)

Examen físico:

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 86 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto, temperatura: 38 °C, saturación: 98 %, PA: 120/70 mmHg, Temperatura: 36.7 grados, talla: 1.67 metros y peso: 71 kilos.

Piel y faneras: Tibia, poco elástica, poco hidratada, no ictericia, no cianosis

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

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

Abdomen: RHA +, blando, depresible, doloroso en hipogastrio, flancos y mesogastrio.

Urogenital: Puño percusión lumbar positivo derecho, Puntos renoureterales superior y medios positivos bilateral.

Sistema Nervioso Central: Ubicada en tiempo, espacio y persona. Glasgow de 15/15

Tacto rectal: Diferido

Impresión diagnóstica:

Infección Urinaria Complicada

Hiperplasia prostática benigna

Exámenes auxiliares:

Hemograma: hemoglobina: 12.3 g/dL, hematocrito: 36.6%, leucocitos: 14590 por mm³, segmentados: 76.7 %, abastionados: 0 %, plaquetas: 258000 por mm³

Urocultivo: Se aisló E.coli

PCR: 113.55 mg/L

Examen de Orina: leucocitos >100 por campo, hematíes 2-3 por campo, nitritos: positivos

Glucosa: 109 mg/dL, urea: 50.8 mg/dL, creatinina: 0.87 mg/dL

Ecografía de vías urinarias: Se encontró un volumen prostático incrementado grado IV, ureterohidronefrosis izquierdo, RPM con uso de catéter vesical 6 %.

Plan de trabajo:

1. Hospitalización
2. Ertapenem 1g EV c/24h
3. Paracetamol 500 mg 2 tabletas c/8 horas (vía oral)
4. Ketoprofeno 100 mg EV PRN dolor

Caso clínico n.º 10

Anamnesis:

Paciente mujer de 55 años, refiere hace 7 días presenta dolor tipo punzante en a nivel de la articulación temporo-mandibular izquierda que no cede con analgesia y va progresando hasta presentar dolor 8/10, además dolor empeora a la masticación y al entrar en contacto con sustancias frías. Así mismo, refiere que hace 1 año presenta un episodio similar.

Antecedentes: Niega

Alergias: Niega

Medicación habitual: Ninguna

Examen físico:

Funciones vitales: Frecuencia cardíaca: 86 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto, temperatura: 36 °C, saturación: 98 %, PA: 110/70 mmHg, Temperatura: 36.7 grados, talla: 150 cm y peso: 56 kg.

Piel y faneras: Tibia, poco elástica, poco hidratada, no ictericia, no cianosis

Cabeza: Simétrica, no presencia de lesiones, dolor a la digitopresión en la articulación temporo-mandibular izquierda, presencia de limitación a la apertura oral, presencia de clic de apertura.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

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

Abdomen: RHA +, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

Urogenital: PPL: negativo, PRU: negativo, micción espontánea.

Sistema Nervioso Central: Ubicada en tiempo, espacio y persona. Glasgow de 15/15

Impresión diagnóstica:

Trastorno temporomandibular

D/c Neuralgia del trigémino

Exámenes auxiliares:

Hemograma: hemoglobina 13 g/dL, hematocrito: 36.6, leucocitos: 5090 por mm³, segmentados: 56.7 %, abastionados: 0 %, plaquetas por 160000 mm³, VSG: 19 mm/h, PCR: 2.5 mg/L

Plan de trabajo:

1. Pasa a observación
2. Gabapentina 300 mg vo c/12h
3. Orfenadrina 100 mg vo c/12h
4. I/c con Cirugía maxilo facial
5. Terapia física

Caso clínico n.º 11

Anamnesis:

Paciente varón de 29 años referido de la selva en Jauja, refiere presentar una lesión a nivel del antebrazo luego de una picadura de mosquito, desde hace 30 días aproximadamente se torna ulcerosa, no dolorosa, de bordes inflamados. Menciona haber sido atendido por enfermero en la base en la que se encontraba, en donde le realizaban curaciones de la herida sin mejoría alguna. Antecedentes: Último viaje a la selva "Jauja"

Alergias: Niega

Medicación habitual: Ninguna

Examen físico:

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 79 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto, temperatura: 36.5 °C, saturación: 98 %, PA: 110/70 mmHg Temperatura: 36.7 grados, talla: 1.50 metros y peso: 56 kilos.

Piel y faneras: Tibia, elástica, hidratada, no ictericia, no cianosis, presencia de lesión única de aproximadamente 2x2 cm en cara dorsal de antebrazo derecho con bordes elevados y con presencia de base granulomatosa.

TCSC: Se aprecia adenopatía única no dolorosa e indurada a nivel proximal de la lesión ulcerosa.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

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

Abdomen: RHA +, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

Urogenital: PPL: negativo, PRU: negativo, micción espontánea.

Sistema Nervioso Central: Ubicada en tiempo, espacio y persona. Glasgow de 15/15

Impresión diagnóstica:

Leishmaniasis cutánea

Exámenes auxiliares:

Hemograma: hemoglobina 10 g/dL, hematocrito: 31.6 %, leucocitos: 14300 por mm³, segmentados: 10.3 %, abastionados: 0 %, plaquetas 260000 por mm³,

Perfil hepático: TGO: 45 U/L, TGP: 50 U/L, GGT: 67 U/L, Fosfatasa alcalina: 95 U/L, bilirrubinas totales: 0.7 mg/dL, bilirrubina directa: 0.2 mg/dL, bilirrubina indirecta: 0.5mg/dL.

Urea: 15 mg/dL, creatinina: 1.0 mg/dL, Sodio: 138 mmol/L, potasio: 3.9 mmol/L, amilasa: 12 0U/L, lipasa: 190 U/L.

Plan de trabajo:

1. Pasa a hospitalización
2. Biopsia de la lesión
3. Dieta completa + Líquidos a voluntad

4. Estibogluconato de sodio 1500 g (03 ampollas) + Dextrosa 5 %--100 ml Pasar EV en 1 h.
5. NaCl 0.9 % 100 ml: 500 cc media hora antes de estibogluconato y luego 30 gotas durante el tratamiento
6. Dimenhidrinato 50 mg 01 ampolla PRN náuseas
7. Ranitidina 50 mg 01 ampolla EV C/12 h
8. Simeticona 2 tabletas cada 8 h
9. Hioscina 20 mg 01 amp PRN a dolor tipo cólico
10. Paracetamol 500 mg 2 tabletas PRN a cefalea
11. Observar signos de alarma + control de funciones vitales

Caso clínico n.º 12

Anamnesis:

Paciente varón de 25 años llega a emergencias con un tiempo de enfermedad de 1 hora por presentar dolor torácico, asociado a palpitaciones y dificultad para respirar, menciona haber estado jugando fútbol sin realizar un esfuerzo considerable, además refiere haber presentado estos síntomas en 2 ocasiones anteriormente hace unos meses (no recuerda).

Antecedentes: Consumidor de alcohol y tabaco 1 vez a la semana

Alergias: Niega

Medicación habitual: Niega uso de digitálicos.

Examen físico:

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 200 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 23 respiraciones por minuto, temperatura: 36.5 °C, saturación: 98 %, PA: 110/70 mmHg, Temperatura: 36.7 grados, talla: 1.45 metros y peso: 56 kilos.

Piel y faneras: Tibia, elástica, hidratada, no ictericia, no cianosis.

TCSC: Se aprecia adenopatía única no dolorosa e indurada a nivel proximal de la lesión ulcerosa.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, aumentados en intensidad y frecuencia, no se aprecian soplos.

Abdomen: RHA +, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

Urogenital: PPL: negativo, PRU: negativo, micción espontánea.

Sistema Nervioso Central: Ubicada en tiempo, espacio y persona. Glasgow de 15/15

Impresión diagnóstica:

Taquicardia paroxística Supraventricular

Exámenes auxiliares:

Electrocardiograma: Se encuentra una frecuencia cardiaca de 200 latidos por minuto, un complejo QRS estrecho, onda p presente, Ritmo regular, resto del examen sin alteraciones.

Enzimas cardíacas: Troponina T: 0.1 ng/ml, CPK-MB 0.7 UI/L

Plan de trabajo:

1. Pasa a observación
2. Adenosina 5 mg EV STAT
3. I/c cardiología
4. CFV + OSA

1.4 Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º 13

Anamnesis

Paciente varón de 7 años presenta un tiempo de enfermedad de 4 días caracterizado por sensación de alza térmica no cuantificada que no cede a la aplicación de medios físicos. Al día siguiente, la fiebre persiste por lo que es llevado a emergencia, en donde notan un edema duro y caliente en el muslo derecho, además de una orofaringe eritematosa por lo que se le recetó paracetamol. La fiebre persistió y esta vez fue cuantificada en 38.0 °C y el paciente es llevado nuevamente a emergencia. Se le realiza ecografía de partes blandas en donde se evidencia adenopatías inflamatorias. Se decide su hospitalización para estudio y manejo.

Funciones vitales:

Frecuencia cardiaca: 112 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 15 respiraciones por minuto, temperatura: 38 °C, saturación O₂: 97%

Examen físico:

Orofaringe: no se evidencian signos de congestión

Cuello: no se palpan adenopatías cervicales

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No se auscultan ruidos agregados

Abdomen: blando y depresible. Ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial ni profunda

Linfático: adenomegalia en región inguinal derecha.

Impresión diagnóstica:

Adenomegalia en región inguinal derecha, fiebre no especificada

Exámenes auxiliares:

Hemograma: leucocitos totales: 13 080 por mm³ (abastados: 0%, segmentados: 61.1 %), hemoglobina: 11.3 g/dL, proteína C reactiva: 51.29

Ecografía: leves cambios inflamatorios a nivel de la piel y TCSC de la región inguinal derecha. Se asocia a múltiples ganglios de aspecto reactivo/inflamatorio.

Plan de trabajo

1. Se hospitaliza para estudio y tratamiento
2. Dieta blanda y líquidos a voluntad
3. Oxacilina 550 mg EV cada 6 horas por 7 días
4. Clindamicina 290 mg EV cada 8 horas por 7 días

Caso clínico n.º 14

Anamnesis:

Paciente de 1 año y 5 meses de sexo femenino acudió a emergencia 4 días antes del ingreso por presentar tos con expectoración. Se le diagnosticó como resfriado común y se indicó dexametasona y clorfenamina. En la madrugada del ingreso, la paciente presentó vómitos asociados a tos y alza térmica, por lo que acudió nuevamente a la emergencia.

Funciones vitales: frecuencia cardiaca: 158, frecuencia respiratoria: 50, saturación de O₂: 96 %

Examen físico:

Orofaringe: paladar blando eritematoso

Región cervical: no se palpan adenopatías

Tórax y pulmones: subcrepitantes en ambos hemitoráx

Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible. No doloroso a la palpación superficial ni profunda

Impresión diagnóstica:

Neumonía viral con hiperreactividad bronquial, crisis asmática

Exámenes auxiliares:

Proteína C reactiva: 3.96

Hemograma: hemoglobina: 12.5 g/dL, leucocitos: 7 720 por mm³
(abastionados: 0 %, segmentados: 74.5 %)

Sedimento de orina: no patológico

Plan de trabajo:

1. Se hospitaliza
2. Nada por vía oral
3. Dextrosa 5% 1000 cc + NaCl 20 % 40 cc + KCl 20 % 10 cc
4. Metilprednisolona 40 mg EV, luego 10 mL cada 6 horas
5. Salbutamol: 2 puff cada 2 horas con aerocámara
6. Ranitidina 10 mg EV cada 8 horas
7. O2 suplementario para mantener SatO2 mayor a 92 %

Caso clínico n.º 15

Anamnesis:

Lactante masculino, de tres meses que asiste a consulta traído por sus padres, quienes refieren cuadro de 15 días de evolución de lesiones en cuero cabelludo y área del pañal, eritematosas, niegan prurito, fiebre u otros síntomas asociados. En un inicio el tratamiento es ambulatorio, con cremas dermoprotectoras en área del pañal, hidrocortisona en cuero cabelludo, con empeoramiento de su cuadro. La madre refiere que es la primera vez que presenta estas lesiones y su hermano gemelo presenta el mismo cuadro, pero de menor intensidad; por lo que deciden asistir a la consulta.

Funciones vitales: frecuencia cardiaca: 130 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto, temperatura: 37°C, Saturación de oxígeno: 97 %

Examen físico:

Piel: tibia, húmeda y elástica, llenado capilar <2", no cianosis, no ictericia

Cuero cabelludo: regiones frontal y parietal, hasta aproximadamente 1 cm más allá de la línea de nacimiento frontal del cabello, cubiertas de una costra gruesa, de abundante contenido oleoso de color blanquecino-amarillento, con fisuras, que se desprende con facilidad, sobre base eritematosa; sin áreas alopecicas, no exudación, no compromiso de anexos, sin síntomas subjetivos asociados

Área del pañal: placa eritematoescamosa extensa que incluye genitales, región inguinal y región suprapúbica hasta 4 cm por encima aproximadamente, con bordes bien definidos, no exudación, no sin síntomas subjetivos asociados

Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados

Cardiovascular: RCR, de buena intensidad, no soplos, pulso carotídeo de gran intensidad y sin soplos

Abdomen: Abdomen globuloso, blando y depresible, RHA (+), no doloroso a la palpación

Impresión diagnóstica:

Dermatitis seborreica, dermatitis atópica, dermatitis del pañal

Exámenes auxiliares:

Cultivo de lesión en búsqueda de Malassezia

Plan de trabajo:

1. Lavado del cuero cabelludo con champú medicinal de naranja 3 a 4 veces/semana
2. Loción capilar (ácido salicílico 2 % + aceite mineral 100 ml) aplicar 2h antes del lavado de cabeza cada día hasta el desprendimiento de la costra
3. Hidrocortisona acetato crema 1 % y Clotrimazol crema 1 % aplicar ambas dos veces al día por un mes en áreas afectadas (cuero cabelludo y área del pañal)

Caso clínico n.º 16

Anamnesis:

Acude paciente varón de 6 años con antecedente de molestias al miccionar e infección al tracto urinario recurrente.

Funciones vitales: frecuencia cardiaca: 100 latidos por minuto, temperatura: 36.5 °C, saturación de oxígeno: 97 %

Examen físico:

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles

Genitourinario: se evidencia anillo prepucial.

Impresión diagnóstica:

Fimosis

Plan de trabajo:

1. Se hospitaliza para postectomía
2. Posterior a postectomía
 - a. Cefazolina 500 mg cada 12 horas EV
 - b. Terramicina y/o crema polivalente cada 8 horas en el pene
 - c. Metamizol 700 mg cada 8 horas EV

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Centro Médico Naval “CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA – CMST” caracterizado por ser un hospital especializado de alta complejidad, el cual pertenece a la Marina de Guerra del Perú. De la misma manera tiene a su cargo Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la Marina (IPRESS), gracias a estos IPRESS se descentraliza los servicios de salud brindados por el hospital.(1)

Debido a los avanzados equipos de imágenes (resonadores magnéticos, tomógrafos computarizados, mamógrafos tridimensionales, entre otros) con los que cuenta el hospital naval, se puede brindar una atención de alto nivel a los pacientes que acuden al hospital.

El hospital naval viene a ser reconocido a nivel nacional debido a que fue el primer hospital en realizar el trasplante renal en el Perú (1969), gracias a esta intervención, se empezaron a realizar con mayor frecuencia los trasplantes renales, salvando vidas en los pacientes con insuficiencia renal crónica.

En los años 2022-2023 del internado médico iniciando el 1 de junio y terminando el 31 de marzo, durante estos meses el internado tuvo que lidiar con el término de la tercera ola de la pandemia por COVID-19 en el Perú; sin embargo, con el pasar de los meses los casos COVID-19 fueron disminuyendo tanto en frecuencia como en morbimortalidad, gracias a las miles de vacunas que fueron entregados a la población peruana contra el COVID-19.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación en Cirugía General

Caso clínico n.º 1

Se define a la hernia de Amyand como la presencia del apéndice dentro de un saco herniario en el contexto de una hernia inguinal derecha. La incidencia de esta patología es baja, se presenta más frecuentemente en varones con una distribución etaria bimodal (lactantes de 1 mes a 1 año y posteriormente, a la edad de 70 años). Es muy inusual en diagnóstico preoperatorio, siendo más común que sea diagnosticada casualmente en intraoperatorio durante la corrección de una hernia inguinal. Según Losanoff y Basson, puede clasificarse en cuatro tipos:

Clasificación	Descripción	Tratamiento quirúrgico
Tipo 1	Apéndice cecal normal contenido en la hernia inguinal	Reducción de la hernia, reparación protésica, apendicectomía por vía abdominal en jóvenes
Tipo 2	Apendicitis aguda en una hernia inguinal sin infección intrabdominal	Apendicectomía a través de la hernia, reparación herniaria no protésica
Tipo 3	Apendicitis aguda en una hernia inguinal con infección de la pared abdominal o peritonitis	Laparotomía, apendicectomía, reparación herniaria no protésica
Tipo 4	Apendicitis aguda en una hernia inguinal concomitando con otra enfermedad quirúrgica intrabdominal, relacionado o no con ella	Tratamiento como tipo 1 y 3, investigar y tratar la enfermedad concomitante según requiera

Tabla 1: clasificación de Losanoff y Basson para hernia de Amyand

Si bien se ha llegado a un consenso sobre el tratamiento para el tipo 3 y 4, aún existen dudas sobre realizar una apendicectomía en caso de encontrarse un apéndice normal. Sobre el uso o no de malla en caso de encontrarse un apéndice inflamado existe aún controversia debido a que puede presentarse una probabilidad de infección de hasta un 50 % después de la cirugía. En conclusión, no existe aún una guía establecida para el tratamiento de esta patología. (2,3)

Caso clínico n.º 2

La colecistitis crónica es una inflamación de la pared de la vesícula. Comúnmente los síntomas son leves e inespecíficos, entre los que podemos encontrar distensión abdominal y un dolor tipo cólico en hipocondrio derecho y epigastrio que suele irradiarse a la escápula derecha. Los cálculos se forman debido a una secreción aumentada de colesterol y por la baja motilidad o una falla del vaciado de la vesícula biliar. Los síntomas aparecen cuando los litos obstruyen temporalmente el conducto cístico produciendo el cólico biliar. (4) Entre los factores de riesgo identificados tenemos los siguientes: sexo femenino, obesidad, nutrición parenteral, pérdida de peso, descenso del HDL, aumento de los triglicéridos, embarazo, uso de anticonceptivos, entre otros. Por el contrario, los factores protectores son el consumo de café, proteínas vegetales, y grasas poliinsaturadas y monoinsaturadas.

A la exploración física podemos encontrar dolor en el hipocondrio derecho y a la palpación durante una inspiración profunda, lo que produce dolor y cese inspiratorio (signo de Murphy). En caso de presentarse una complicación, los signos clínicos esperados serían una vesícula palpable, escalofríos, inestabilidad hemodinámica, fiebre mayor a 39 °C, etc. Además de una adecuada evaluación clínica, la ecografía abdominal se considera como la prueba de elección para el diagnóstico. Siempre se debe tener en cuenta algunos diagnósticos diferenciales como pueden ser apendicitis aguda, obstrucción intestinal, úlcera péptica perforada, cólico renal, hepatitis aguda, etc. Como tratamiento tenemos el ingreso hospitalario del paciente, reposo,

dieta blanda y analgesia. El tratamiento de elección es la colecistectomía, siendo la técnica laparoscópica la más indicada actualmente. (5)

Caso clínico n.º 3

Una hemorroide es una dilatación venosa en el ano y en la parte inferior del recto. Los síntomas de las hemorroides pueden clasificarse como directos (hemorroides palpables y prolapsadas, sangrado) o indirectos (sensación de humedad en el ano con manchado, dolor en el caso de la trombosis). Cuando se presenta el sangrado este suele ser rojo claro, indoloro y se evidencia como gotas de sangre que quedan en el retrete tras la defecación. Si posterior al examen anorrectal no se detecta un origen del sangrado es necesario evaluar el riesgo de neoplasia anorrectal en el paciente. Normalmente, las hemorroides son indoloras, pero el dolor se presenta en caso de una trombosis, siendo más común que esto ocurra en las hemorroides externas. En el examen físico se debe de observar la zona perianal en búsqueda de hemorroides externas, papilomas anales, manchado por las heces o por último fisuras o fístulas anales. La maniobra de Valsalva puede ayudar al diagnóstico de las hemorroides internas y su clasificación. (6)

Grado	Descripción
I	Vasos hemorroidales prominentes, no hay prolapso
II	Prolapso con Valsalva y reducción espontánea
III	Prolapso con Valsalva que necesita de reducción manual
IV	Prolapso crónico y reducción manual ineficaz

Tabla 2: clasificación de la enfermedad hemorroidal

Como tratamiento primero se debe de indicar al paciente un mayor consumo de fibras y líquidos, debido a que este hábito se asocia a una disminución del prolapso tanto como del sangrado. Además, se aconseja a los pacientes

limitar el tiempo que pasan en el inodoro debido a que esto está asociado a una tasa más alta de hemorroides sintomáticas. En pacientes que presentan hemorroides de primer a tercer grado que continúen sintomáticas a pesar de las modificaciones dietéticas, se debe proponer otros tratamientos como anillamiento, escleroterapia, coagulación por infrarrojos y ligadura, esta última es probablemente la opción más efectiva. Se destinan para cirugía (hemorroidectomía, hemorroidopexia con grapas y ligadura de la arteria hemorroidal) a los casos refractarios, hemorroides grandes de tercer grado o hemorroides de cuarto grado. Sobre el tratamiento de las hemorroides externas trombosadas, la escisión puede ser bastante beneficiosa. Sin embargo, la extirpación de dichas hemorroides resulta en una menor recurrencia, una remisión más rápida del cuadro y mayores intervalos de remisión. (7)

Caso clínico n.º 4

Un absceso es una colección localizada de un líquido infectado. Cerca del 90 % de los abscesos perianales idiopáticos se originan por una infección de las glándulas criptoglobulares. Estos abscesos se clasifican en superficial y profundo teniendo como referencia al esfínter anal. Se presentan más frecuentemente en varones que en mujeres a una edad aproximada de 40 años. Existen algunos factores de riesgos conocidos como enfermedad inflamatoria intestinal, tabaco y la infección por VIH. Clínicamente suelen presentarse como lesiones endurecidas, localizadas, eritematosas y en algunos casos también se presenta con secreción. El tratamiento temprano consiste en la incisión y drenaje de su contenido dentro de las 24 horas de haberse presentado el caso. Esto se puede realizar administrando lidocaína al 1%. Después de la incisión y el drenado del contenido se busca que la cavidad sane por segunda intención observando en los días posteriores la evolución de la herida y estar pendientes a las complicaciones como puede ser la celulitis posterior al tratamiento. (8)

3.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 5

La OMS determina al aborto espontáneo como la expulsión natural o extracción de un feto o embrión no viable con un peso menor a 500g o una edad gestacional menor a 20 semanas.(9) Es importante resaltar que en las personas en donde se puede observar con mayor frecuencia la presencia de abortos incompletos es en las gestantes entre 15 a 20 años que generalmente se inducen el aborto; así mismo, las primigestas tienen mayor riesgo de presentar abortos incompletos en relación a las multigestas. (10)

Siendo el aborto incompleto es una de las principales causas de emergencias con mayor demanda en el servicio de ginecología-obstetricia debido al aumento de abortos inducidos en las gestantes adolescentes.(11–13) Dentro de las causas más frecuentes por las cuales se puede producir el aborto incompleto tenemos a las malformaciones genéticas en un 70%, las infecciones con compromiso sistémico, por deficiencia hormonal, enfermedades metabólicas.(14)

Existen otros tipos de aborto como son el aborto inevitable, en donde se pueden observar cambios cervicales asociado a rotura de membranas, el aborto completo en donde hay una expulsión completa del feto, la cual se verifica ecográficamente asociado a sangrado escaso, el aborto diferido o retenido en donde no se puede visualizar el embrión ecográficamente ni se puede observar latidos cardíacos fetales, el aborto séptico en donde se asocia a fiebre > 38 grados con sangrado con mal olor. Por otro lado, el diagnóstico del aborto incompleto es principalmente clínico en donde se puede observar sangrado en el primer trimestre de gestación asociado a cambios cervicales en el examen físico, acompañándose de exámenes de imágenes como una ecografía transvaginal y de exámenes de laboratorios como un beta-HCG. (15)

Con relación al manejo del aborto incompleto, este puede ser médico o quirúrgico, en donde se evalúa principalmente los riesgos y beneficios de cada una de estas. En el manejo médico el fármaco recomendado es el misoprostol

una dosis única de 400 ug administrados vía sublingual o 600 ug vía oral, teniendo en cuenta de que la edad gestacional debe ser menor a 13 semanas, sin evidencia de infección. Dentro del manejo quirúrgico, se puede realizar tanto un AMEU (Aspiración manual endouterina) o un legrado uterino, dependiendo principalmente de la edad gestacional de la paciente y de su estabilidad hemodinámica.

En el presente caso se encuentra en la ecografía transvaginal restos heterogéneos en cavidad uterina sin presencia de latidos cardiacos fetales, estando la paciente hemodinámicamente estable y con 8 semanas 4/7 días de edad gestacional se prefirió realizar un AMEU, dándola de alta a la paciente a las 24 horas de la cirugía.(15,16)

Caso clínico n.º 6

El prolapso genital viene a ser un problema de salud frecuente e importante en el mundo, teniendo en cuenta que el prolapso de cúpula vaginal es una de sus variantes, la cual tiene una incidencia de aproximadamente 3 a 4 casos por cada 1000 mujeres. (17–19). Esta incidencia va disminuyendo conforme aumenta el grado del prolapso, siendo así que un 39 % corresponde al grado I, 35 % al grado II, 2 % al grado III y IV. (20)

Aproximadamente un 15 % de los pacientes refieren presentar una tumoración o sensación de pesadez en los genitales, acompañado muchas veces de incontinencia urinaria y dificultad para defecar. (17)

El diagnóstico del prolapso genital es principalmente clínico, en el cual el paciente refiere presentar sensación de bulto, pesadez, pérdida de orina involuntaria o al esfuerzo, en caso de no evidenciarse el prolapso se le pide al paciente que realice esfuerzo en donde se podrá observar la protrusión del órgano. (20) Además se cuenta con un Sistema de cuantificación del prolapso de órganos pélvicos (POP-Q), el cual tiene una importante función para poder definir con mayor exactitud las características del prolapso. (21)

Con respecto al tratamiento, este puede ser tanto médico como quirúrgico, dependiendo de lo que necesite el paciente, En caso de ser un tratamiento médico existen los ejercicios de Kegel para poder fortalecer el piso pélvico o el uso de pesarios. (22)

En el caso planteado se presenta una paciente con el antecedente de una histerectomía hace aproximadamente 8 años, y con la sintomatología clásica del prolapso genital, motivo por el cual es hospitalizada para proceder con el tratamiento quirúrgico, que en este caso se le realizará una colporrafia anterior.

Luego de 24 horas de realizada la cirugía, la paciente menciona presentar leve sangrado; sin embargo, menciona que el defecto que presentaba anteriormente ya ha sido resuelto, siendo dada de alta del hospital naval.

Caso clínico n.º 7

Los miomas uterinos o también llamados leiomiomas, vienen a ser los tumores pélvicos más frecuentes en las mujeres, viniendo a representar un 30 % de las hospitalizaciones en mujeres entre 15 a 50 años; así mismo, afecta con mayor frecuencia a las mujeres premenopáusicas, hay que tener en cuenta de que muchas veces son asintomáticas, siendo clínicamente evidentes en el 25 % de las mujeres en edad reproductiva y con síntomas graves en 25 % de las mujeres como para requerir tratamiento. (23–25)

Los miomas uterinos tienen una mayor asociación a las mujeres que usan anticonceptivos orales de manera prolongada, a la obesidad, a la menopausia tardía y a la menarquia temprana, todos estos factores de riesgo están acorde a la estimulación estrogénica del miometrio. (26) La clasificación de los miomas uterinos está en relación a la sintomatología que presentan, siendo los submucosas aquellos que se encuentran hacia la cavidad uterina los más sangrantes, dismenorrea e infertilidad, los intramurales que se encuentran dentro del miometrio pueden ser asintomáticos o llegar a presentar sangrado moderado, dismenorrea y presencia de masas, por otro lado los subserosos son aquellos que menos síntomas producen. (27,28)

Muchas veces se diagnostican los miomas uterinos por vía ecográfica transvaginal, ya que muchos de estos son asintomáticos, teniendo la ecografía una sensibilidad de al menos 90 a 99 % para detectar los miomas uterinos; sin embargo, se puede pasar por alto los miomas subserosos o pequeños. La

histerosonografía o la histeroscopia son las pruebas más efectivas para poder visualizar los miomas submucosos. (27,29)

Referente al tratamiento, este puede ser expectante en las mujeres menopáusicas, estos miomas disminuyen de tamaño en un lapso de 6 meses a 3 años; la terapia médica utilizada más frecuentemente es el uso de ácido tranexámico, los antiinflamatorios no esteroideos y el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel, han demostrado disminuir significativamente la pérdida de sangre menstrual. Por otro lado tenemos a la terapia quirúrgica, siendo la histerectomía la cura definitiva para aquellas mujeres que no deseen conservar su fertilidad, hay 2 tipos de abordajes, siendo de elección la vía vaginal y como alternativa el abordaje vía abdominal, la cual se reserva en caso que la histerectomía vaginal este limitada por el tamaño de los miomas uterinos, y en caso de que la paciente aun desee conservar su fertilidad se pueden realizar miomectomía y la embolización de la arteria uterina. (27,30)

En el caso presentado se trata de una paciente mujer de 45 años la cual se encuentra en la perimenopausia y ya no desea conservar su fertilidad, acudiendo al hospital por una clínica sugerente de miomatosis uterina sintomática, por lo que se le planteó la posibilidad de realizar una histerectomía abdominal total. (27,31,32)

Caso clínico n.º 8

La amenaza de parto pretérmino es una de las principales causas de prematuridad en el recién nacido, aproximadamente 15 millones de nacimientos prematuros se producen al año, y 1.1 millón de niños mueren por complicaciones durante el trabajo de parto. Se define a la amenaza de parto pretérmino como la presencia de más de 4 contracciones cada 20 minutos o más de 8 contracciones cada 60 minutos entre la semana 22 a 37 de gestación; así mismo, debe estar asociado a la presencia de cambios en el cérvix una dilatación menor de 2 cm y un borramiento menor del 50 %. (33,34)

Su diagnóstico se basa principalmente en el dolor abdominal tipo contracción que presente la paciente asociado a un buen examen físico con respecto al tacto vaginal, ya que este debe ser llevado a cabo por manos expertas y de

esta manera no llegar a un mal diagnóstico. Se debe hacer la diferencia entre una amenaza de parto pretérmino y un parto pretérmino, ya que en el parto pretérmino podemos encontrarnos con una dinámica uterina incrementada, existen mayores cambios cervicales como una dilatación mayor de 2 cm y un borramiento mayor del 50 %. (35,36)

En el caso presentado tenemos una gestante de 28 semanas, la cual llega a emergencia presentando contracciones uterinas 4 cada 10 minutos; sin embargo, por la edad gestacional lo ideal es detener las contracciones uterinas esto lo hacemos administrando nifedipino 10 mg v.o cada 12 horas por 2 días, y para la maduración pulmonar betametasona 12 mg IM cada 24 horas hasta que cumpla por lo menos 34 semanas de gestación, ya que en esta edad gestacional el pulmón ya se encuentra maduro en su totalidad.

Se sigue monitoreando a la paciente cada 8 horas hasta que cesen las contracciones y no existan modificaciones en el cérvix, manteniendo la terapia por 48 horas. Luego de las 48 horas la paciente no presentó contracciones por lo que fue dada de alta hospitalaria con las indicaciones en caso de presentar signos de alarma regrese nuevamente por emergencia. (34)

3.3 Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º 9

La infección del tracto urinario (ITU) es una enfermedad muy frecuente, de la cual hay aproximadamente 150 millones de casos al año a nivel mundial, siendo en el Perú al menos 7 millones de casos. La incidencia en hombres es mucho menor que en mujeres debido principalmente a la diferencia anatomía que hay entre estos dos. El riesgo de recurrencia es de un 10 a 30 % entre los siguientes 6 a 18 meses. A la hora de determinar el germen causal de la ITU, vemos que más del 95 % de estos son causados por la *Escherichia coli*; sin embargo, existen otros microorganismos que pueden causar esta enfermedad como son la *Klebsiella spp*, *Pseudomona aeruginosa*, *Proteus mirabilis*, entre otros microorganismos. Hay que mencionar que los pacientes que poseen sondas suelen presentar infecciones por cándida. (37,38)

Es importante diferenciar una ITU no complicada de una complicada, y la principal diferencia es la presencia de fiebre, de síntomas sistémicos como náuseas y vómitos y en el examen físico una puño percusión lumbar positiva; además, hay factores predisponentes a una ITU complicada como son ser hombre debido a la diferencia anatómica que tiene a comparación de una mujer, mujer gestante, ancianos, pacientes inmunosuprimidos, obstrucciones de la vía urinaria, entre otros. (39)

El diagnóstico de la ITU se realiza mediante la presencia de síntomas urinarios como disuria, polaquiuria, tenesmo, acompañado de náuseas y vómitos. Además de pruebas de laboratorio como nitritos positivos en orina, piuria mayor a 10 leucocitos, dos urocultivos con más de 10^3 UFC/mL del mismo germen o un urocultivo con 10^5 UFC/mL de orina de un solo patógeno en paciente que ya ha sido tratado con terapia antibiótica. (37,40)

El tratamiento depende si la ITU es complicada o no; sin embargo, siempre se debe administrar un antibiótico de forma empírica previo a la toma de un urocultivo y su antibiograma, en caso de una ITU no complicada se prefiere el uso de cefalosporinas de 1era y 2da generación y como alternativa a las quinolonas, en caso de las ITU complicadas, en pacientes sin riesgo de infecciones por lo que son gérmenes multirresistentes estaría indicado el uso de ceftriaxona 2 g EV c/24h o la combinación de una cefalosporina con un aminoglucósido como la cefotaxima 2 g EV c/8h asociado a amikacina 20 mg /kg EV c/24h y en pacientes con riesgo de infección por gérmenes multirresistentes(pacientes hospitalizados, portadores de sonda Foley o con tratamiento antibiótico en los últimos 3 meses), se recomienda el uso de meropenem 1 g EV c/8h o ertapenem 1 g EV c/8h o piperacilina/tazobactam 4 g EV c/6h. (39)

En el caso presentado tenemos un paciente adulto mayor con uso de sonda Foley asociado a una uropatía obstructiva, además presenta síntomas irritativos de la vía urinaria como disuria, polaquiuria, tenesmo, asociado a fiebre y PPL positivo, toda la clínica sugestiva de una ITU complicada, por lo que el plan más importante en el paciente vendría a ser la hospitalización y avanzar con el uso de antibioticoterapia empírica de amplio espectro previa

toma de urocultivo con su antibiograma, además del tratamiento de su uropatía obstructiva de fondo.

Caso clínico n.º 10

Los trastornos temporo-mandibulares son afecciones que involucran a la articulación temporo-mandibular, suele afectar a aproximadamente el 15 % de los adultos, siendo 2 veces más frecuente en mujeres que en hombres. (41,42) Es una patología con causas multifactoriales; sin embargo, se encuentra asociado con personas diagnosticadas de depresión, ansiedad, consumo de tabaco. (43)

Se le puede clasificar al TMD como intraarticular o extraarticular, siendo las afecciones musculoesqueléticas la causa más común y el desplazamiento del disco articular es la causa intraarticular más frecuente. (44)

El diagnóstico se realiza mediante una buena anamnesis y un buen examen físico, en donde lo más frecuente es encontrar dolor en la ATM que se incrementa con los movimientos de la mandíbula, muchas veces se pueden escuchar chasquidos o crepitaciones con los movimientos. (44,45)

En casos en donde la historia clínica no sea suficiente para el diagnóstico de esta patología, se puede optar por exámenes de imágenes, en donde la resonancia magnética es la prueba ideal para evaluar articulaciones. (46)

Muy pocos casos de TMD requieren tratamiento médico debido a que muchos de estos casos remiten de manera espontánea; sin embargo, aquellos casos que requieren tratamiento médico se inicia con antiinflamatorios no esteroideos, opioides, antidepresivos, ansiolíticos y relajantes musculares, en caso de que ser refractario a la terapia farmacológica por última instancia se optaría por un manejo quirúrgico. (45)

En el presente caso el paciente se le realizó una interconsulta con cirugía máxilofacial los cuales confirmaron el diagnóstico de un TMD, sugiriendo continuar con la medicación prescrita y asociarlo a terapia física. El paciente mostró mejoría a la semana del tratamiento médico en conjunto con la terapia física, remitiendo los síntomas.

Caso clínico n.º 11

Con referente a la leishmaniasis es una enfermedad prevalente en la selva peruana, causada por protozoos del género *Leishmania* y de esta manera transmitida por la picadura del vector (*Lutzomyia*). Se estima que la prevalencia de esta enfermedad a nivel mundial es de aproximadamente 12 millones de casos, a su vez causante de 70000 muertes al año y con 1.3 millones de casos nuevos al año. Esta enfermedad tiene mayor prevalencia en Perú, Brasil, Colombia, Costa Rica, Afganistán y Siria. En el Perú se reportan 13 casos de leishmania por 100000 habitantes, presentándose en su forma cutánea o uta la cual es causada por la leishmania peruviana y la mucocutánea o espundia causada por la leishmania braziliensis. (47,48)

La leishmaniasis presenta diferentes formas clínicas entre las que tenemos a la cutánea, mucocutánea y la visceral. En la cutánea la lesión empieza como una zona eritematosa que va evolucionando a una pápula aumentando de tamaño para luego ulcerarse en el centro y presentar un borde sobreelevado, el paciente no presenta dolor y suele asociarse a adenopatías regionales. (49)

El diagnóstico de esta enfermedad se realiza mediante raspado o biopsia de la lesión, también se puede realizar un examen microscópico con tinción giemsa para identificar amastigotes. (50)

Por último, el tratamiento de la leishmania cutánea es principalmente con estibogluconato de sodio por vía parenteral, teniendo en cuenta los efectos adversos causados como el dolor musculoesquelético, la toxicidad hepática, el fracaso renal por lo que es muy importante observar los signos de alarma y los exámenes auxiliares luego de la administración de este medicamento. Como alternativa también podemos usar la Anfotericina B, sin embargo, también produce efectos adversos por lo que de igual manera se debe realizar un control estricto. (50,51)

El caso presentado de leishmania cutánea es de importancia clínica en el hospital naval, ya que muchos de los pacientes que tienen su base en la selva son referidos a nuestro hospital, refiriendo la clínica clásica de una lesión única que con el tiempo se va ulcerando en el centro asociado a adenopatías

regionales. Estos pacientes deben ser tratados de manera inmediata para evitar complicaciones futuras, se debe realizar biopsia de la lesión para confirmar nuestro diagnóstico e iniciar tratamiento como primera línea con estibogluconato de sodio y en caso de presentar efectos adversos severos o no remitir la enfermedad se puede rotar a anfotericina B que también es una buena opción terapéutica. Al paciente una vez que recibió el estibogluconato de sodio a los 3 días tuvo un incremento ligero de las enzimas pancreáticas, las cuales se limitaron y se continuó con el tratamiento prescrito por 20 días, luego de lo cual se observa remisión de la lesión y el paciente es dado de alta del hospital.

Caso clínico n.º 12

La taquicardia paroxística supraventricular se presenta en un aproximado de 35 casos por cada 1000 pacientes, y la prevalencia en la población en general es de 2 a 3 %, siendo una de las arritmias más comunes; así mismo, hay un mayor número de casos relacionados a las mujeres que a los hombres. (52,53)

Se presentan clásicamente con palpitaciones, mareos, dolor torácico y disnea en algunos casos, se ha observado que el paciente puede presentar alguna cardiopatía orgánica. (54)

Esta enfermedad se caracteriza por presentar un ritmo regular y rápido con latidos entre 150 a 200 por minuto, por lo que el diagnóstico se realiza básicamente mediante una buena historia clínica agregando un electrocardiograma, en donde se puede observar la presencia de ondas p que nos indicaría un ritmo sinusal, aunque muchas veces esta no puede observarse debido al rápido ritmo en el que se encuentra, siendo superpuesta por la onda T del latido anterior. (53)

Una vez reconocido el cuadro clínico, se inicia el tratamiento con la maniobra vagal en la cual se realiza un masaje comprimiendo el seno carotídeo, el 50 % de los casos suelen revertir, en caso de no funcionar esta primera línea de acción, se empieza con el tratamiento farmacológico en donde se prescribiría adenosina de elección, en caso de no remitir con este fármaco se optaría por

cambiarlo por verapamilo y como última opción tenemos a la ablación por radiofrecuencia. Hay que tener en cuenta de que todo esto se realiza siempre y cuando el paciente se encuentre hemodinámicamente estable, en caso de no ser así se realiza cardioversión sincronizada con sedación. (55)

En el caso presentado el paciente acude a la emergencia del hospital naval con la clínica característica de la taquicardia paroxística supraventricular, por lo que lo primero a realizar es la toma de un ECG, es importante preguntarle al paciente si es medicado con digitálicos, ya que este fármaco suele provocar esta patología.

En el paciente se empezó realizando la maniobra vagal sin mejoría alguna, por lo que se inició tratamiento con adenosina 5 mg EV STAT lo que produjo un cese de la taquicardia, posteriormente cardiología realizó una evaluación cardiaca completa con un ecocardiograma y un holter por 24 horas con resultados normales sin identificar una causa subyacente.

3.4 Rotación de Pediatría

Caso clínico n.º 13

En los niños, las adenopatías benignas y autolimitadas son las más comunes. Se considera como adenopatía al crecimiento (más de un centímetro o, especialmente 2 centímetros en el caso de la región inguinal) o aumento de la consistencia de los ganglios linfáticos. Se pueden diferenciar entre adenopatías generalizadas (afectación de 2 o más grupos ganglionares no contiguos) y localizadas (sólo se encuentra afectada un grupo ganglionar). (56)

Es importante además conocer algunos signos de alarma que nos permitirían discriminar entre ganglios reactivos y ganglios que probablemente se relacionen con procesos neoplásicos. Algunos de estos signos de alarma son los siguientes: masas duras que progresan rápidamente y se encuentran adheridas a planos profundos; ganglios de ubicación supraclavicular; asociación con pérdida de peso, fiebre durante 1 semana, sudoración en las noches, hepatoesplenomegalia, ictericia, púrpura, citopenia; adenopatías mayores de 1cm en neonatos (cualquier localización); que presenten aumento

de tamaño en 14 días y que no se reduzcan en 4 a 6 semanas sin identificación de una causa infecciosa. (57)

Una causa probable de la aparición de la adenopatía y el edema duro y caliente en este paciente es la enfermedad por arañazo de gato causada por *Bartonella henselae*, dicha infección ya se ha visto en nuestro hospital en anteriores ocasiones. Comúnmente la enfermedad por arañazo de gato se presenta como una adenitis regional (85-90% de los casos), e inicia como una pápula o pústula indolora en el sitio de la lesión. En la mitad de los casos se asocia a fiebre, hiporexia, cefalea y mialgias. Con respecto al diagnóstico es importante el antecedente epidemiológico del contacto con un gato. Además, la prueba confirmatoria serológica es la inmunofluorescencia indirecta. (58)

En el caso del paciente se realizó una interconsulta al servicio de infectología y este sugirió continuar con el tratamiento antibiótico que ya se había iniciado (oxacilina + clindamicina) y en caso de que la serología para *Bartonella henselae* resulte positiva, se debe de agregar azitromicina por 5 días.

Caso clínico n.º 14

Se define a la neumonía como una infección aguda del pulmón que compromete alvéolos, intersticio, pleura visceral, vías respiratorias y estructuras vasculares. En los pacientes menores de 5 años, los virus son los principales agentes causales de la neumonía adquirida en la comunidad (50-60% de los casos), entre ellos tenemos al virus sincitial respiratorio, virus influenza A y B, parainfluenza, adenovirus, etc. Entre las causas bacterianas de neumonía tenemos al *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* tipo b, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, etc. La fiebre, tos y taquipnea son signos sugerentes de neumonía, siendo la última el signo con mayor sensibilidad, en el caso de los pacientes de 1 a 5 años se considera taquipnea a frecuencia respiratoria mayor o igual que 40 (el paciente presentaba 50 respiraciones por minuto). Los signos más específicos son la hipoxemia y el esfuerzo respiratorio, el cual se puede evidenciar mediante el uso de paquetes musculares accesorios al momento de la ventilación. Debemos de sospechar en una neumonía de origen viral cuando la enfermedad inicia como una infección de vías respiratorias altas (estornudo, rinorrea) y que progresa a un cuadro de dificultad respiratoria. Como criterios

de hospitalización tenemos los siguientes: saturación de oxígeno $\leq 92\%$ (de 0 a 2500 msnm), $\leq 85\%$ (a más de 2500 msnm) o cianosis, lactantes menores de 6 meses, dificultad respiratoria (quejido, aleteo nasal, tirajes, apnea), intolerancia oral, mal estado general, fracaso de la terapia por 48-72 h, comorbilidades como enfermedad cardiopulmonar, malformaciones en la vía aérea, desnutrición severa, inmunosupresión, etc. Como medidas generales, se pueden realizar 6 acciones como parte del tratamiento, estas se encuentran agrupadas bajo el acrónimo FALTAN y son las siguientes:

Fiebre: se administra paracetamol si la temperatura axilar es mayor a $38\text{ }^{\circ}\text{C}$ axilar. En caso de presentar temperatura menor de $38\text{ }^{\circ}\text{C}$ y existe antecedente de convulsión asociado a fiebre, administrar paracetamol y medios físicos.

Alimentación: en los casos de niños menores de 6 meses o que aún no reciben alimentación complementaria, se debe pedir a las madres que los amamenten con más frecuencia. En caso de haber iniciado ya la alimentación complementaria, esta debe de continuar de manera habitual.

Líquidos: se debe de aumentar el aporte de líquidos debido a que en estos casos se presentan mayores pérdidas por la fiebre, secreciones y pérdidas insensibles.

Tos: evitar utilizar antitusígenos, antihistamínicos, expectorantes, descongestionantes, etc.

Alarma: en caso de presentar signos de alarma como dificultad respiratoria, fiebre persistente a pesar del tratamiento, intolerancia por la vía oral, presencia de irritabilidad o somnolencia, o empeoramiento del cuadro clínico a pesar del tratamiento.

Nariz: en caso de que las secreciones dificulten el sueño o la alimentación, se recomienda la limpieza de las fosas nasales con una solución de agua con sal o suero fisiológico (5 a 10 gotitas en cada fosa nasal). (59)

Caso clínico n.º 15

La dermatitis seborreica del lactante se genera por una sobreproducción o un cambio de composición del sebo y por la presencia de la levadura comensal *Malasezia*. Se considera que es autolimitada en bebés de menos de 3 meses. Las lesiones se encuentran en zonas con abundantes glándulas sebáceas

(cuero cabelludo, orejas, cara, región preesternal) y se caracterizan por ser bien delimitadas, descamativas y presentar una sensación untuosa al tacto. Como diagnóstico diferencial tenemos a la dermatitis atópica, sin embargo, la dermatitis seborreica se diferencia por su inicio más temprano, la ausencia de prurito, insomnio e irritabilidad y un patrón de distribución distinto. En algunos lactantes como en el del presente caso clínico, las escamas grasientas pueden extenderse a todo el cuero cabelludo, esto se denomina costra láctea. Puede existir una sobreinfección por *Cándida* y raramente por *Streptococcus* del grupo A.

Como tratamiento, la dermatitis seborreica del lactante responde adecuadamente al uso de emolientes y al lavado con champús suaves. El champú de ketoconazol al 2% se encuentra indicado para casos persistentes o extensos. En fases agudas son útiles los corticoides tópicos (ciclos cortos) para ayudar a disminuir la inflamación. (60)

La dermatitis irritativa por el pañal consiste en una inflamación del área cubierta por el pañal. Existen distintos elementos que intervienen en su origen, siendo principalmente el exceso de la humedad en el área lo que genera un aumento del pH de la piel y del coeficiente de fricción ocasionando una alteración de la barrera cutánea local. Además, si a eso se le añade la presencia de otros irritantes como enzimas fecales, el daño mecánico y los compuestos químicos del pañal, se tiene como resultado un mayor daño en la piel del paciente. Las lesiones características es un eritema confluyente, edema, pápulas eritematosas, y descamación en el área que mantiene contacto directo con el pañal. El curso de esta dermatitis se considera como episódico y cada episodio suele durar entre 2 a 3 días con tratamiento. Si a pesar del tratamiento persiste más de 3 días, se debe de sospecha en una sobreinfección por *Cándida*, en la cual se observan placas color rojo intenso, pápulas satélite, afectación de los pliegues cutáneos y pústulas superficiales. Como tratamiento se debe de educar a los cuidadores acerca de la frecuencia y el correcto cambio del pañal, de tal manera que se limite el contacto de las heces y la orina con la piel. Se puede recomendar la exposición breve al aire entre cada cambiado. Como segunda medida se puede tomar en cuenta los corticoides de muy baja potencia como la hidrocortisona al 1% por unos 7 días (aplicar máximo 2 veces al día). En caso de una sobreinfección por *Cándida*

se pueden utilizar agentes antimicóticos como nistatina, clotrimazol, miconazol o ketoconazol. (61)

Caso clínico n.º 16

La fimosis se considera la incapacidad de retraer el prepucio por debajo del surco balanoprepucial, lo que ocasiona la imposibilidad de descubrir el glande. Podemos clasificarla en fimosis fisiológica y patológica. En el caso de la fisiológica, esta se presenta entre los primeros 3 a 4 años de vida. Las adherencias naturales entre el glande y el prepucio generan que una gran cantidad de los recién nacidos (hasta un 96 %) presenten un prepucio no retráctil. Durante el crecimiento, estas adherencias van desapareciendo por presencia de erecciones intermitentes y el esmegma. La fimosis patológica es la dificultad para retraer el prepucio en niños mayores de 4 años y requiere un tratamiento distinto. Este tipo de fimosis se puede presentar con dolor, globo prepucial, hematuria, balanitis, y episodios frecuentes de erecciones dolorosas e infecciones urinarias. (62)

Como tratamiento los corticoides locales se utilizan como primera línea para el tratamiento de la fimosis patológica. Puede utilizarse betametasona al 0.05 % (dos veces al día) por dos a ocho semanas. En el caso de la circuncisión, la balanitis recurrente y la balanitis xerótica obliterante (esclerosis anular distal del prepucio) se consideran como indicaciones absolutas. Entre las indicaciones relativas tenemos la infección urinaria recurrente y la infección urinaria en menores de 1 año. La cirugía se realiza bajo anestesia general y el paciente es dado de alta el mismo día. Algunas complicaciones que se pueden presentar son infección localizada, sangrado, estenosis del meato y recidiva. (62,63)

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico es el último año en la formación del estudiante de medicina. Es en ese periodo en donde se relacionan los conocimientos obtenidos durante los 6 años de formación previos. Los hospitales albergan en sus salas muchas oportunidades para aprender, es por ello que se debe de aprovechar cada vivencia que se pueda presentar. Los distintos servicios por los que pasamos nos han dejado enseñanzas que sin duda alguna aplicaremos en nuestra práctica profesional.

En la rotación en cirugía general pudimos atender emergencias como pacientes policontusos que requerían un manejo especial debido al potencial riesgo de muerte. Además, recibimos pacientes con quemaduras y heridas, lo cual nos sirvió como experiencia para desarrollar nuestras habilidades prácticas al aprender a curarlos. Tuvimos también varios casos de patologías que requerían un manejo quirúrgico, y al participar en las cirugías, aprendimos la manera de cómo se solucionan dichas enfermedades y la evolución que espera para cada paciente. En medicina interna aprendimos el manejo de casos que llegan a la emergencia y además pudimos ayudar a tratar pacientes con múltiples enfermedades crónicas que requerían de un manejo de muchas especialidades, lo cual nos permitía ampliar nuestros conocimientos al poder tener contacto con dichas especialidades. Nuestra rotación en ginecología y obstetricia nos permitió tener contacto con gestantes, a las que pudimos evaluar para determinar si su embarazo presentaba una evolución normal o, caso contrario, existía alguna alteración que requería más estudios y tratamiento. Además, atendimos las principales emergencias ginecológicas que se presentan en nuestro medio. En pediatría, pudimos aprender sobre la atención primaria del recién nacido, su desarrollo y posibles complicaciones durante sus primeros días de vida. Por otro lado, atendimos emergencias que presentaban pacientes en todos los grupos de edad, aprendiendo a evaluarlos, la identificación de signos de alarma y el correcto manejo de las patologías que los afecta.

Como se ha expuesto, durante todo el internado se presentan distintas oportunidades que sirven como experiencia para fortalecer el aprendizaje y desarrollar nuevas habilidades para el trabajo como médicos.

CONCLUSIONES

El internado médico tiene una gran importancia en el desarrollo profesional del futuro médico. En este es necesaria la guía de profesionales más experimentados para aprender de cada paciente y sacar provecho a las experiencias que se presentan en el día a día. Además de los conocimientos teóricos que se puede aprender en ese periodo, también se puede desarrollar habilidades como el pensamiento crítico, liderazgo y la toma de decisiones, todo esto es necesario en un profesional de la salud. El internado además ayuda al estudiante a poder escoger la rama de la medicina que desea seguir al especializarse, debido a que le permite descubrir con qué especialidad de la medicina tiene más afinidad y puede desarrollar mejor sus habilidades.

La gran cantidad de patologías que se atienden durante el periodo del internado le otorgan al futuro médico una visión de las necesidades que tiene la población y la manera de cómo solucionar dichos problemas. Además, al pertenecer ahora al personal de la salud, el interno vive personalmente las deficiencias que se presentan no solo en su sede hospitalaria, sino en todo el sistema de salud, lo que le permite tener una visión distinta y plantear estrategias de solución de dichas deficiencias, todo ello con el fin mejorar la salud de sus pacientes.

Durante el internado se aprende además que cada individuo del personal de salud cumple un rol importante en el mantenimiento de nuestro sistema y es necesario trabajar todos en conjunto para lograr el bienestar de las personas.

RECOMENDACIONES

Si bien el internado médico implica que el estudiante de medicina invierta muchas horas dentro de su sede hospitalaria, se debería de tener y hacer cumplir un horario que defina el tiempo que el interno deba de trabajar, debido a que, además de la responsabilidad con sus pacientes, los internos tienen actividades académicas obligatorias y cumplir adecuadamente con todo ello demanda un gran esfuerzo físico y mental.

Es recomendable que los hospitales y las facultades de medicina busquen incentivar la investigación científica, ya que en las sedes hospitalarias se pueden encontrar muchos casos que pueden aportar al conocimiento científico.

Se debería de garantizar la salud de los internos de medicina otorgándoles seguros de salud, ya que al estar en un entorno hospitalario están expuestos a distintos eventos que pueden poner en riesgo su salud e integridad.

Además de las rotaciones por las que los internos deben de pasar obligatoriamente, se podría añadir rotaciones en servicios que sean de su propia elección, esto ayudaría a encaminar su decisión sobre la especialidad que desea seguir en el futuro.

Resalta además la importancia que tiene cada paciente en el proceso del internado, ya que, además de ser una persona a la que ayudar, los pacientes también son fuente de conocimiento si es que se sabe aprovechar en aprender sobre la enfermedad que este presenta para en un futuro poder aplicar dicho conocimiento en favor del bienestar de otros pacientes.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Nosotros | Disamar [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.disamar.mil.pe/nosotros/>
2. Sardiñas Ponce R, Guerra Leal OA, Sardiñas Ponce R, Guerra Leal OA. Las hernias de Amyand y Garengeot como expresión del apéndice cecal en la región inguinofemoral. Rev Cuba Cir [Internet]. diciembre de 2019 [citado 13 de abril de 2023];58(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74932019000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Vrsalovic Muller N, Aviles Cozzi VA, Ortiz Aparicio FM. Hernia de Amyand, Manejo Quirúrgico ante un Diagnóstico Infrecuente. Gac Médica Boliv. 30 de junio de 2022;45(1):60-3.
4. IETSI. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y manejo de la coledocolitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis. GPC N°11. marzo de 2018;
5. Pérez Huitrón MA, Ocaña Monroy JL, Pérez Huitrón MA, Ocaña Monroy JL. Colecistitis crónica litiásica agudizada: una consulta frecuente en la guardia médica. Rev Fac Med México. agosto de 2018;61(4):35-7.
6. Legg E. Manejo de la Enfermedad Hemorroidal. EMJ Gastroenterol. 24 de abril de 2017;2-13.
7. López EJN, Peláez JAB, Bonilla MBC, Miranda PJP, Argandoña CAM, Sánchez AMM, et al. Fisiopatología, diagnóstico y manejo de las principales enfermedades anorrectales. AVFT – Arch Venez Farmacol Ter [Internet]. 2018 [citado 13 de abril de 2023];37(3). Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aavft/article/view/15632
8. K S, So A, Pj T, J W, Rk P. Perianal abscess. BMJ [Internet]. 21 de febrero de 2017 [citado 13 de abril de 2023];356. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28223268/>
9. Mora-Alferez AP, Paredes D, Rodríguez O, Quispe E, Chavesta F, de Zighelboim EK, et al. Anomalías cromosómicas en abortos espontáneos. Rev Peru Ginecol Obstet. abril de 2016;62(2):141-51.
10. Álvarez BMC, Moreno YIH. Incomplete abortion: risk factors and complications: Aborto incompleto :factores de riesgo y complicaciones. J Am Health. 2 de julio de 2018;1(2):39-46.

11. Gutiérrez Ramos M, Guevara Ríos E. Controversias en el tratamiento del aborto incompleto: AMEU versus tratamiento médico con misoprostol. *Rev Peru Ginecol Obstet.* enero de 2015;61(1):57-64.
12. Taype-Rondan A, Merino-García N. Hospitalizaciones y muertes por aborto clandestino en Perú: ¿qué dicen los números? *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* octubre de 2016;33(4):829-30.
13. Rodríguez Blanco CL, De los Ríos Palomino M, González Rodríguez AM, Quintana Blanco DS, Sánchez Reyes I, Rodríguez Blanco CL, et al. Estudio sobre aspectos epidemiológicos que influyen en el aborto espontáneo. *Multimed.* diciembre de 2020;24(6):1349-65.
14. Salud PM de. Guía de práctica clínica para la atención de emergencia obstétricas según nivel de capacidad resolutive [Internet]. MINSA; 2007 [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://clacaidigital.info/handle/123456789/92>
15. Pública EM de S. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, guía de práctica clínica [Internet]. Ministerio de Salud del Ecuador; 2013 [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://clacaidigital.info/handle/123456789/771>
16. Mendoza GQ, Billings DL, Zylbermann NG. Aspiración Manual Endouterina (AMEU): Tecnología adecuada para la atención de calidad a mujeres en situación de aborto. *Gac Médica México.* 2003;139(s1):65-72.
17. Reyes Guerrero EJ, Urgellés Carreras SA, Rodríguez Iglesias G, González Marshall R, Ramos Zamora V, Gil Agramonte E. Corrección del prolapso de cúpula vaginal mediante colpopexia vía abdominal. *Rev Cuba Med Mil.* 1 de enero de 2023;52(1):02302139.
18. Espitia De La Hoz FJ. Prolapso de cúpula vaginal, prevalencia en mujeres en climaterio, en el Quindío, Colombia, 2007-2017. *Rev Urol Colomb Colomb Urol J.* marzo de 2021;30(1):40-7.
19. Dällenbach P, Kaelin-Gambirasio I, Jacob S, Dubuisson JB, Boulvain M. Incidence rate and risk factors for vaginal vault prolapse repair after hysterectomy. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* diciembre de 2008;19(12):1623-9.
20. Cherem Cherem B, Hernández Bañales JC, Contreras Rendón A. Prolapso de la cúpula vaginal grado IV en paciente histerectomizada: caso

clínico.

21. Persu C, Chapple C, Cauni V, Gutue S, Geavlete P. Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q) – a new era in pelvic prolapse staging. *J Med Life*. 15 de febrero de 2011;4(1):75-81.
22. Jiménez Caraballo A, Ferrari Bellver A, Ramírez Pineda M, de los Reyes Peña S, Dueñas Díez JL. Prolapso de la cúpula vaginal tratado mediante operación de Richter-Amreich asociada a colpografía anterior. *Prog Obstet Ginecol*. 1 de julio de 2007;50(7):392-7.
23. Stewart E, Cookson C, Gandolfo R, Schulze-Rath R. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2017;124(10):1501-12.
24. Bizjak T, Bečić A. Prevalence and Risk Factors of Uterine Fibroids in North-East Slovenia. *Gynecol Obstet [Internet]*. 2016 [citado 13 de abril de 2023];06(01). Disponible en: <https://www.omicsonline.org/open-access/prevalence-and-risk-factors-of-uterine-fibroids-in-northeast-slovenia-2161-0932-1000350.php?aid=67241>
25. Pavone D, Clemenza S, Sorbi F, Fambrini M, Petraglia F. Epidemiology and Risk Factors of Uterine Fibroids. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 1 de enero de 2018;46:3-11.
26. Faerstein E, Szklo M, Rosenshein N. Risk Factors for Uterine Leiomyoma: A Practice-based Case-Control Study. I. African-American Heritage, Reproductive History, Body Size, and Smoking. *Am J Epidemiol*. 1 de enero de 2001;153(1):1-10.
27. De la Cruz MSD, Buchanan EM. Uterine Fibroids: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician*. 15 de enero de 2017;95(2):100-7.
28. Stewart EA, Laughlin-Tommaso SK, Catherino WH, Lalitkumar S, Gupta D, Vollenhoven B. Uterine fibroids. *Nat Rev Dis Primer*. 23 de junio de 2016;2(1):1-18.
29. Török P, Póka R. [Diagnosis and treatment of uterine myoma]. *Orv Hetil*. 22 de mayo de 2016;157(21):813-9.
30. Reynolds A. Diagnosis and management of uterine fibroids. *Radiol Technol*. 2007;79(2):157-78; quiz 179-82.
31. Datir SG, Bhake A. Management of Uterine Fibroids and Its Complications During Pregnancy: A Review of Literature. *Cureus*. 14(11):e31080.

32. Arcos Vera B, Arcos Vera D, Flores Rangel GA, Arcos Vera B, Arcos Vera D, Flores Rangel GA. Histerectomía total laparoscópica por miomatosis uterina. Diferencias entre la cirugía abierta vs laparoscópica. A propósito de un caso. Rev Fac Med México. abril de 2018;61(2):29-36.
33. Álvarez-Yañez DM, Pérez-Bayona CL. Amenaza de parto pretérmino: una mirada desde el modelo de Mishel. Av En Enferm. abril de 2017;35(1):77-86.
34. Ochoa A, Pérez Dettoma J. Amenaza de parto prematuro: Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. An Sist Sanit Navar. 2009;32:105-19.
35. Castillo-Castro E, Espinola-Sanchez M, Sanca-Valeriano S. Perfil clínico de gestantes con amenaza de parto pretérmino que concluyen en parto pretérmino | Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 13 de octubre de 2022 [citado 13 de abril de 2023]; Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/articloe/view/92>
36. Schleißner E. The Prevention, Diagnosis and Treatment of Premature Labor. Dtsch Ärztebl Int. marzo de 2013;110(13):227-36.
37. Echevarría-Zarate J, Sarmiento Aguilar E, Osoro-Plenge F. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. Acta Médica Peru. enero de 2006;23(1):26-31.
38. García Vera C. Infecciones urinarias. Pediatría Aten Primaria. junio de 2013;15:71-80.
39. Delgado Mallen P, Ortega González Y. Infecciones de la Vías Urinarias y de Trasmisión Sexual | Nefrología al día [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-infecciones-vias-urinarias-trasmision-sexual-462>
40. Sabih A, Leslie SW. Complicated Urinary Tract Infections. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436013/>
41. Lai YC, Yap AU, Türp JC. Prevalence of temporomandibular disorders in patients seeking orthodontic treatment: A systematic review. J Oral Rehabil. 2020;47(2):270-80.

42. Perez CV, de Leeuw R, Okeson JP, Carlson CR, Li HF, Bush HM, et al. The incidence and prevalence of temporomandibular disorders and posterior open bite in patients receiving mandibular advancement device therapy for obstructive sleep apnea. *Sleep Breath Schlaf Atm.* marzo de 2013;17(1):323-32.
43. Figueiredo Valesan L, Doebber Da-Cas C, Conti Réus J, Scremin Denardin AC, Ramos Garanhani R, Bonotto D, et al. Prevalence of temporomandibular joint disorders: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig.* 1 de febrero de 2021;25(2):441-53.
44. Gauer RL, Semidey MJ. Diagnosis and Treatment of Temporomandibular Disorders. *Am Fam Physician.* 15 de marzo de 2015;91(6):378-86.
45. Chan NHY, Ip CK, Li DTS, Leung YY. Diagnosis and Treatment of Myogenous Temporomandibular Disorders: A Clinical Update. *Diagnostics.* diciembre de 2022;12(12):2914.
46. Lévano Loayza SA, Sovero Gaspar AT, Lévano Loayza SA, Sovero Gaspar AT. Evaluación anatómica de la articulación temporomandibular mediante resonancia magnética. Artículo de revisión. *Rev Estomatológica Hered.* octubre de 2020;30(4):285-93.
47. Samir Cubas W, Centeno-Leguía D, Arteaga-Livias K, Depaz-López E, Samir Cubas W, Centeno-Leguía D, et al. Revisión clínica y epidemiológica de la leishmaniasis tegumentaria en una región central del Perú. *Rev Chil Infectol.* diciembre de 2019;36(6):707-15.
48. Lucas CM, Franke ED, Cachay MI, Tejada A, Cruz ME, Kreutzer RD, et al. Geographic distribution and clinical description of leishmaniasis cases in Peru. *Am J Trop Med Hyg.* 1 de agosto de 1998;59(2):312-7.
49. Guthmann JP, Calmet J, Rosales E, Cruz M, Chang J, Dedet JP. Patients' associations and the control of leishmaniasis in Peru. *Bull World Health Organ.* 1997;75(1):39-44.
50. Rosal Rabes T del, Baquero-Artigao F, García Miguel MJ. Leishmaniasis cutánea. *Pediatría Aten Primaria.* junio de 2010;12(46):263-71.
51. Burza S, Croft SL, Boelaert M. Leishmaniasis. *The Lancet.* 15 de septiembre de 2018;392(10151):951-70.
52. Rehorn M, Sacks NC, Emden MR, Healey B, Preib MT, Cyr PL, et al. Prevalence and incidence of patients with paroxysmal supraventricular

- tachycardia in the United States. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 2021;32(8):2199-206.
53. Kamel H, Elkind MSV, Bhave PD, Navi BB, Okin PM, Iadecola C, et al. Paroxysmal supraventricular tachycardia and the risk of ischemic stroke. *Stroke*. junio de 2013;44(6):1550-4.
54. Go AS, Hlatky MA, Liu TI, Fan D, Garcia EA, Sung SH, et al. Contemporary Burden and Correlates of Symptomatic Paroxysmal Supraventricular Tachycardia. *J Am Heart Assoc*. 7 de julio de 2018;7(14):e008759.
55. Verdú Solans J, Soler Costa M, Molero Arcos A, Ojeda Cuchillero I. Taquicardia paroxística supraventricular (TPSV): dos presentaciones. Dos aproximaciones. *Med Fam SEMERGEN*. 1 de abril de 2017;43(3):240-2.
56. Hernandez Encias MA, Díez Estrada E. Adenopatías. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2008;(1):22-6.
57. Álvarez Martín N, González García M, Gómez Sirvent JE. Aproximación diagnóstica y terapéutica a las adenopatías. *Canar Pediátrica*. 2012;36(1):49-52.
58. Mori-Collantes J, Salazar-Llanos M, Salcedo-Espejo E, Mori-Collantes J, Salazar-Llanos M, Salcedo-Espejo E. Enfermedad por arañazo de gato como causa de fiebre de origen desconocido: reporte de caso. *Rev Mex Pediatría*. junio de 2019;86(3):123-5.
59. Guía técnica: Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la neumonía en la niña y el niño [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/1091053-guia-tecnica-guia-de-practica-clinica-para-el-diagnostico-y-tratamiento-de-la-neumonia-en-la-nina-y-el-nino>
60. Román TP, Rodríguez BM. Dermatitis atópica y dermatitis seborreica.
61. Sáez-de-Ocariz M, Orozco-Covarrubias L, Greenawalt-Rodríguez S. Abordaje clínico y manejo integral de la dermatitis irritativa por pañal. *Acta Pediátrica México*. 2017;38(6):427-32.
62. Oconitrillo Chaves M. Fimosis en niños. *Rev Médica Costa Rica Centroamérica*. 15 de agosto de 2016;73(619):261-3.
63. Castro S F, Castro A F, Raby B T. Fimosis y Circuncisión. *Rev Chil Pediatría*. abril de 2010;81(2):160-5.