

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA Y
EL CENTRO DE SALUD GUSTAVO LANATTA LUJÁN
2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PRODESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

SHALIM AMADO YANG

ALEJANDRA JIMENA ONTÓN MORALES

ASESORA

EDGAR KELVIN ESPINOZA TARAZONA

LIMA - PERÚ

2024



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada

CC BY-NC-ND

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA
HUMANA**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
Y EL CENTRO DE SALUD GUSTAVO LANATTA LUJÁN
2023-2024**

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

PRESENTADO POR

**SHALIM AMADO YANG
ALEJANDRA JIMENA ONTÓN MORALES**

**ASESOR
DR. EDGAR KELVIN ESPINOZA TARAZONA**

**LIMA – PERÚ
2024**

ÍNDICE

ÍNDICE	ii
JURADO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
Rotación en Medicina Interna.....	1
Rotación en Cirugía General.....	7
Rotación en Ginecología y Obstetricia.....	11
Rotación en Pediatría.....	17
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	23
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	25
Rotación en Medicina Interna.....	25
Rotación en Cirugía General.....	31
Rotación en Ginecología y Obstetricia.....	38
Rotación en Pediatría.....	46
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	53
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	57
FUENTES DE INFORMACIÓN	59

JURADO

Presidente: RICHARD FREDY FLORIAN CASTILLO

Miembro: EDGAR ROLANDO RUIZ SEMBA

Miembro: LUIS DANIEL MARES CHAVARRI

RESUMEN

Durante el periodo de abril del 2023 a enero de 2024 llevaron a cabo el internado médico, los autores del presente trabajo, experiencia de alta relevancia en la trayectoria de todo profesional de la salud. Se realizaron rotaciones en las 4 especialidades con mayor flujo de pacientes: Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia y Pediatría y se adquirieron conocimientos tanto prácticos como teóricos fundamentales para el adecuado manejo de los pacientes y sus enfermedades. El objetivo es describir la experiencia adquirida durante el internado médico comprendido desde el 01 de abril de 2023 al 31 de enero de 2024. Metodología: Recopilación de casos clínicos de las 4 rotaciones llevadas a cabo durante el internado médico comprendido desde el 01 de abril del 2023 al 31 de enero del 2024 y comparación de estos con las guías de práctica clínica y fundamentos teóricos actuales. Conclusiones: El internado médico es el año de formación académica más importante de la carrera de medicina humana, ya que durante estos meses se gana experiencia en las 4 especialidades mencionadas. Se logra la compactación entre el conocimiento teórico y la habilidad práctica necesarias para un buen desempeño como médico gracias a la exposición diaria a la vida hospitalaria la cual no solo ayuda a incrementar la experiencia laboral sino también a adquirir habilidades de gestión, trabajo multidisciplinario y habilidades blandas para la interacción con los pacientes.

Palabras clave: Medicina interna, pediatría, ginecología, obstetricia, cirugía general, internado médico

ABSTRACT

From April 2023 to January 2024, the authors of this work carried out their medical internship, an experience of high relevance in the career of every healthcare professional. Rotations were carried out in the four medical specialties with the most increased patient flow: Internal Medicine, General Surgery, Gynecology and Obstetrics, and Pediatrics, acquiring practical and theoretical knowledge for properly treating patients. Objective: Describe the experience acquired during the medical internship from April 1, 2023 to January 31, 2024. Methodology: Compilation of clinical cases from the four rotations carried out during the medical internship from April 1, 2023, to January 31, 2024, and comparison with current clinical practice guidelines and theoretical foundations. Conclusions: The medical internship is the most critical year of academic training in the human medicine career since, during these months, experience is gained in the four most popular specialties: Internal Medicine, General Surgery, Gynecology and Obstetrics, and Pediatrics. Consolidation is achieved between theoretical knowledge and practical skills necessary for good performance as physicians as a result of daily exposure to hospital life, which not only helps to increase work experience but also to acquire management skills, multidisciplinary work, and soft skills for patient interaction.

Keywords: Internal medicine, pediatrics, gynecology, obstetrics, general surgery, medical internship

NOMBRE DEL TRABAJO

**INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
MARÍA AUXILIADORA Y EL CENTRO DE S
ALUD GUSTAVO LANATTA LUJÁN 2023
-2**

AUTOR

AMADO YANG SHALIM,

RECuento DE PALABRAS

20565 Words

RECuento DE CARACTERES

115029 Characters

RECuento DE PÁGINAS

72 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

128.5KB

FECHA DE ENTREGA

Mar 6, 2024 12:51 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Mar 6, 2024 12:53 PM GMT-5

● **9% de similitud general**

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

- 9% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



DNI: 06589092

ORCID: 0000-0002-6702-773X

EDGAR KELVIN ESPINOZA TARAZONA

INTRODUCCIÓN

La carrera de Medicina Humana consta de 7 años de estudios universitarios los cuales están divididos en tres bloques: Ciencias Básicas, Ciencias Clínicas y el Internado Médico. Según las disposiciones actuales, este último tiene una duración de 10 meses, y consta de cuatro rotaciones importantes en los servicios de Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General y Pediatría.

Asimismo, resultado de la pandemia, se añadió la rotación en periferia, que consiste en enviar a internos de medicina a centros de salud de la Diris (Dirección de Redes Integradas de Salud) correspondiente a su sede hospitalaria por dos meses y, en caso de los autores de este trabajo, cinco por disposición de la Oficina de Ayuda a la Docencia (OADI) de su sede hospitalaria.

Según la norma técnica vigente n.º 473-2023, el interno de medicina tendrá una jornada laboral de 150 horas mensuales y/o 36 horas semanales, durante las cuales deberá desarrollar actividades asistenciales y académicas, las últimas son dirigidas por los docentes asignados en cada rotación. Cabe destacar que el jefe inmediato de cada interno será el residente de primer año de la especialidad en la cual se encuentre rotando, será este quien asignará las labores diarias correspondientes a manejo de los pacientes, tareas administrativas y evaluación de conocimientos teóricos a fin de elaborar un informe al tutor y este pueda otorgar la calificación correspondiente¹.

En marzo de 2023, se realizó la elección de sedes para el internado médico en modalidad virtual y por orden de mérito. Las sedes disponibles se distribuyeron de acuerdo con las respectivas Diris: LIMA (NORTE, SUR, ESTE y OESTE); en el caso de la Diris Lima Sur, los hospitales ofertados fueron el de Emergencias de Villa El Salvador y María Auxiliadora, la cual fue seleccionada para realizar el internado médico.

En la segunda mitad del internado, se llevó a cabo la rotación en periferia en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján, los internos de medicina formaron parte de los servicios de Consultorio de Medicina General, Programa de Control de Tuberculosis y Centro de Referencia para Infecciones de Transmisión Sexual, en los cuales hicieron uso de las competencias adquiridas durante la formación académica para realizar el diagnóstico y tratamiento de las distintas patologías presentadas; además, aplicaron lo aprendido en la asignatura de Salud Pública I y II para el desarrollo de estrategias de prevención y promoción de la salud.

Del 1 de abril a agosto de 2023, los autores realizaron su rotación hospitalaria en la sede mencionada y realizaron labores en los pisos de hospitalización, así como en los tópicos de emergencia de las especialidades correspondientes. Una semana previa al inicio de sus actividades, se llevó a cabo una charla de capacitación virtual organizada por los directivos del Hospital María Auxiliadora en donde se hizo hincapié en la importancia de las medidas de bioseguridad a emplear durante su estancia en el hospital, trámites administrativos a tener en consideración, presentación de los jefes de servicio de las especialidades en las que se rotaría y demostración de la infraestructura y distribución de los diversos ambientes.

Esta charla dio la oportunidad a los autores de poder conectar con sus compañeros de rotación, quienes provendrían de diversas Facultades de Medicina, no solo correspondientes a la ciudad de Lima sino también a otras regiones del país. Esto permitió una mejor organización durante el primer día oficial de Internado Médico, el cual inició con la rotación de Medicina Interna para uno de los autores y Pediatría para el otro.

La rotación en periferia permitió evidenciar la diferencia entre las actividades asistenciales llevadas a cabo entre un hospital y un centro de salud, no solo a nivel de complejidad de casos presentados, sino también en cuanto a las estrategias principales en cada localidad y los recursos disponibles para llevarlas a cabo. Adicionalmente, permitió una visión más amplia de la Atención Primaria de Salud y un contacto más cercano con los pacientes que acudían al centro de salud, así como mayor oportunidad para el seguimiento de estos.

La experiencia descrita permitió afinar el criterio clínico y las habilidades diagnósticas y terapéuticas de los autores, sobre todo con miras hacia el desarrollo del Servicio Rural Urbano Marginal (SERUM) en el que serán de utilidad las aptitudes descritas.

En el presente trabajo, se describirán los diversos casos encontrados, tanto en el Hospital María Auxiliadora como en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján, y se discutirá el manejo dado a cada uno de ellos, comparando lo realizado con lo dictado en las guías de manejo actuales y la nueva evidencia disponible.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

Durante los 10 meses de internado médico los autores realizaron rotaciones en las cuatro grandes especialidades: Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Ginecología y Obstetricia. Esto tuvo como objetivo practicar el conocimiento teórico-práctico adquirido durante los seis años de estudio, permitiendo realizar asociaciones entre lo mostrado en las guías de manejo y la forma de ejecución de los planes de tratamiento en la práctica clínica diaria. Al haber realizado rotaciones en dos establecimientos de diferente nivel de complejidad, los autores tuvieron la oportunidad de ser partícipes del diagnóstico de patologías con elevada frecuencia en la población peruana, permitiendo la ganancia de experiencia en cuanto a los métodos utilizados y las diferencias existentes entre los mismos, las cuales son dependientes de los recursos disponibles en cada uno de los establecimientos.

A continuación, se presentará una breve recopilación de los casos clínicos por especialidad que resultaron de mayor relevancia para los autores encontrados tanto en el Hospital María Auxiliadora como en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján; ya sea por la frecuencia de presentación de la patología, la complejidad de esta o la elección del equipo tratante en cuanto al tratamiento optado.

Rotación en Medicina Interna

1.1.1. Pielonefritis

El paciente de sexo masculino de iniciales F.G.A.F. de 35 años, quien ingresa por tópico de medicina, refiriendo tiempo de enfermedad de 1 día caracterizado por sensación de alza térmica no cuantificada, asociada a náuseas, vómitos de contenido alimenticio y sensación de vértigo, niega disuria y demás molestias urinarias.

Como antecedentes de importancia, se menciona que se es postrado crónico desde hace 15 años por el diagnóstico de mielitis transversa; asimismo, es portador de sonda Foley desde hace 7 meses y previos cursos con antibióticos por infecciones del tracto urinario a repetición, el último episodio lo llevó a ser hospitalizado.

Al examen físico de ingreso, resaltó una elevada frecuencia cardíaca, la cual se encontraba en 130 latidos por minuto asociada a una temperatura corporal cuantificada en 38.1°C a nivel axilar; el resto de signos vitales sin alteraciones. En cuanto a la exploración por aparatos y sistemas, se encontró a nivel genito-urinario puño percusión lumbar (PPL) positiva en el lado derecho y puntos renoureterales (PRU) negativo bilateral. Resto de aparatos y sistemas sin alteraciones significativas.

Se toman exámenes auxiliares de ingreso: hemograma, glucosa, urea, creatinina, examen de orina y urocultivo. En el hemograma se halla leucocitos en 14 mil y abastados en 4 % con valor absoluto de 560, resto de elementos formes dentro de rangos normales. En los resultados del examen de orina, se evidenció 120-140 leucocitos por campo, esterasa leucocitaria positiva (++) y gérmenes positivos (++) . Bioquímica sin alteraciones, con glucosa 96 mg/dl, urea 40 mg/dl y creatinina en 0.4 mg/dl.

Se decide la hospitalización del paciente, quien ingresa al servicio de Medicina Interna con los diagnósticos de

- Pielonefritis
- Postrado crónico por mielitis transversa
- Portador de sonda Foley

Al subir a piso se le inicia cobertura antibiótica con meropenem 1 g cada 8 horas endovenoso y paracetamol 1 g vía oral condicional a temperatura mayor o igual a 38 °C. Tres días después se obtienen los resultados del urocultivo en donde se observa que el agente etiológico es *Pseudomonas aeruginosa* sensible, por lo que se decide continuar con el tratamiento instaurado hasta completar los 7 días de tratamiento.

Durante el curso de su hospitalización, no ocurrió ninguna interurrencia, el paciente presentó mejora sintomática significativa desde las 48 horas posteriores al inicio del tratamiento, enfermería no reportó picos febriles en toda su estancia hospitalaria. Paciente fue dado de alta de acuerdo con lo planteado y recibió consejería en cuanto a signos de alarma y cuidado del catéter urinario del cual es portador.

1.1.2. Tuberculosis

Se presenta el caso del paciente de sexo masculino de iniciales J.J.R.H. de 32 años, quien es derivado al Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján desde el Centro de Excelencia (Cenex) del Hospital María Auxiliadora.

Como antecedentes de importancia, se menciona el diagnóstico de tuberculosis pulmonar con tratamiento completo hace 2 años en centro penitenciario, en el cual cumplió sentencia hasta el mes de enero de 2023. Asimismo, tiene antecedente de toxicomanía con PBC y marihuana que continúa hasta la actualidad.

Paciente ingresa por tóxico de medicina del Hospital María Auxiliadora con un tiempo de enfermedad de 30 días, caracterizado por tos, pérdida de peso y malestar general. Por otro lado, 15 días antes se añade cefalea persistente que no calma al consumo de AINES; 10 días antes del ingreso presenta náuseas y vómitos asociados a cambios en la conducta. Esto sumado al trastorno del sensorio presentado 1 día antes del ingreso, llevan a que el paciente sea llevado a emergencias de este nosocomio por sus familiares.

Al examen físico de ingreso, se observa una frecuencia respiratoria de 26 respiraciones por minuto y una saturación de oxígeno de 95 %, resto sin alteraciones. A la evaluación por aparatos y sistemas, en tórax y pulmones se auscultó subcrépitos a nivel de ambos ápices pulmonares, asociados a disminución del pasaje del murmullo vesicular en los mismos a predominio de lado derecho. Adicionalmente, a nivel del sistema nervioso central resalta un puntaje en la escala de Glasgow que varió entre 13 y 15 puntos durante las 3 horas que permaneció en observación. Resto de aparatos y sistemas sin alteraciones.

Se realiza la toma de una placa de tórax en la que se evidencian imágenes radiolúcidas con bordes radiopacos, de forma redondeada, compatibles con cavernas en ambos parénquimas pulmonares, múltiples (hasta 3) la más grande de aproximadamente 3 cm; también se observó presencia de infiltrado alveolar a nivel de ápice de pulmón izquierdo y compromiso de cisura mayor del lado derecho.

Debido a lo mencionado, se decide su hospitalización, encontrándose dentro del plan de manejo, la toma de muestra de esputo para la respectiva baciloscopia y punción lumbar postrealización de tomografía cerebral.

Como diagnósticos de ingreso se plantea:

- Trastorno del sensorio: meningoencefalitis bacteriana versus meningoencefalitis tuberculosa
- Descartar tuberculosis pulmonar
- Pulmón secuelar por tuberculosis
- Toxicomanía

Durante su estancia en piso de hospitalización se procede a realizar la punción lumbar, durante la cual al extraer la muestra de líquido cefalorraquídeo se observa que este es purulento. Mientras el equipo tratante se encontraba a la espera de los resultados correspondientes, se inicia cobertura antibiótica con ceftriaxona 2 g endovenoso cada 24 horas, vancomicina 1 g endovenoso cada 12 horas y dexametasona 0.4 mg/kg de peso endovenoso cada 12 horas.

Un día después se recibe el resultado del citoquímico del LCR donde se observa tinta china positivo, así como bioquímica compatible con etiología bacteriana, por lo que se añade a la terapéutica anfotericina B deoxicolato 50 mg endovenoso cada 24 horas y fluconazol 1.2 g vía oral cada 24 horas por inclinación hacia diagnóstico de criptococosis. Asimismo, se obtiene el resultado de la baciloscopia de esputo la cual sale positiva (+), motivo por el que se inicia esquema para tuberculosis pulmonar con GeneXpert que arroja sensibilidad a isoniacida y rifampicina; la muestra es enviada a cultivo en medio Lowenstein-Jensen.

Adicionalmente se realizan pruebas serológicas con el fin de descartar infección por VIH, hepatitis B y sífilis, las cuales salen negativas y no reactiva respectivamente.

A pesar de lo medicamentos prescritos, se evidencia deterioro neurológico, por lo que se decide realizar una tomografía cerebral con contraste en la que no se evidencian signos de edema cerebral, pero sí una masa proximal al ventrículo lateral del lado derecho, a nivel de ganglio basales de forma redondeada, hipodensa, con bordes irregulares e hiperdensos, la cual desplaza de manera discreta la línea media, no se encuentra evidencia de hidrocefalia.

Se realiza junta médica en donde se decide realizar nueva punción lumbar, terapéutica y diagnóstica. En ella se hallan trazas de *Mycobacterium tuberculosis* y pleocitosis a predominio mononuclear; por ello se descarta el

diagnóstico de criptococosis y se adapta el tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible a un esquema para tuberculosis del SNC.

Luego de un mes de hospitalización, y la mejoría clínica significativa observada, se decide darle de alta y transferirlo al Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján para continuación del tratamiento antituberculoso.

A su llegada al centro se continúa tratamiento con el siguiente esquema:

- Isoniacida 300 mg vía oral cada 24 horas
- Rifampicina 600 mg vía oral cada 24 horas
- Pirazinamida 1500 mg vía oral cada 24 horas
- Etambutol 1200 mg vía oral cada 24 horas
- Piridoxina 150 mg vía oral cada 24 horas

Se obtiene el resultado del cultivo de la muestra de esputo el cual refiere sensibilidad a las 4 drogas del esquema mencionado. Paciente actualmente con evolución favorable, con incremento de peso de aproximadamente 5 kilos desde el inicio del tratamiento.

1.1.3. Virus de inmunodeficiencia humano (VIH)

Paciente de sexo masculino de iniciales V.M.C.A. de 35 años, quien acude al servicio de Cerits del Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján refiriendo contacto sexual de riesgo hace aproximadamente 9 meses, por lo que solicita se le realice descarte de infecciones de transmisión sexual. Asimismo, paciente manifiesta tos y molestias a nivel genital sin especificar.

Como antecedentes, menciona el diagnóstico de asma desde la niñez sin tratamiento de base y gonorrea hace 4 años con tratamiento completo, por otro lado, paciente refiere ser población de riesgo por HSH.

Al ingreso no se encuentran alteraciones en los signos vitales, durante la evaluación por aparatos y sistemas no se evidencia anomalías. Se obtiene resultados de la serología solicitada, en la que la prueba rápida para VIH resulta positiva y el RPR cualitativo resulta reactivo.

Se cataloga como VIH de reciente diagnóstico, siendo referido al Hospital María Auxiliadora para pruebas confirmatorias. Se obtienen resultados de carga viral y conteo de CD4, los cuales arrojan valores de 13 400 y 187 respectivamente.

Se instaura tratamiento con los siguientes fármacos:

- Dolutegravir 50 mg/Lamivudina 300/ Tenofovir 300 mg mg vía oral cada 24 horas
- Trimetropin-Sulfametoxazol 160 mg/800 mg cada 24 horas por 30 días
- Penicilina G Benzatínica 2.4 millones de UI intramuscular dosis única.

Actualmente, paciente con evolución favorable, se realiza consejería para persona viviendo con el virus del VIH y control por consultorio de Cerits de manera mensual.

1.1.4. Celulitis

Paciente de sexo femenino de iniciales S.L.M.D. de 50 años, quien ingresa por tópico de medicina del Hospital María Auxiliadora con tiempo de enfermedad de 7 días caracterizado por dolor punzante a nivel de miembro inferior izquierdo, de intensidad 7/10 en la EVA que impedía la deambulaci3n, asociada a sensaci3n de alza t3rmica no cuantificada.

Como antecedentes, la paciente no refiri3 ninguna patología de relevancia ni diagn3stico reciente de alguna enfermedad. Señal3 haber acudido a su centro de salud hace 7 días luego de haber sufrido caída por escaleras donde sufri3 contusi3n en pierna izquierda, resultando en cuadro de dolor y aparici3n de zona eritematosa a este nivel; en el centro se le da el diagn3stico de celulitis y le inician tratamiento antibi3tico con ceftriaxona 1 g intramuscular cada 24 horas por 7 días asociado a naproxeno 550 mg cada 12 horas por 3 días.

Debido a que la paciente no evidenci3 mejoría clínica al cuarto día del tratamiento a pesar de encontrarse tomando los medicamentos como fueron prescritos, retorn3 a su centro de salud donde añaden a la terap3utica un segundo antibi3tico: clindamicina 300 mg vía oral cada 8 horas por 7 días. La paciente refiere que dolor increment3 en intensidad, la lesi3n tenía mayor extensi3n y observ3 aparici3n de ampollas en regi3n anterior de miembro comprometido; por ello decide acudir a emergencia del nosocomio mencionado.

Al examen físi3 no se evidenci3 alteraciones en los signos vitales; a la evaluaci3n por aparatos y sistemas, en miembro inferior izquierdo, se observ3 zona eritematosa de 10 x 15 cm que se extendía desde el tobillo hasta los dos tercios inferiores de la pierna del lado mencionado involucrando no solo cara anterior sino también posterior, asimismo, se observaron zonas de

desfacelación de tejido y ampollas de contenido seroso en diversos estadios de evolución.

Se decide la hospitalización de la paciente con los diagnósticos de

- Celulitis de miembro inferior izquierdo

Al subir a piso se realiza toma de muestra para hemograma y bioquímica, así como aspirado de secreción de lesiones para cultivo. Debido a antecedente de falta de respuesta a tratamiento antibiótico previo se decide iniciar cobertura con meropenem 1 g endovenoso cada 8 horas y vancomicina 1 g endovenoso cada 12 horas por 10 días, así como curaciones diarias con clorhexidina al 2 % y NaCl 0.9 % diarias, protección de la lesión de los rayos UV y reposo parcial con elevación del miembro de 30°.

Paciente no presentó picos febriles desde su ingreso ni sintomatología adicional, se indicó metamizol 1 g cada 8 horas los primeros 3 días para el dolor y luego pasó a ser condicional ya que paciente refirió disminución en la intensidad de este.

Se observó mejoría clínica significativa, con regresión de la lesión y disminución de su extensión casi total al día 9 de hospitalización. Por otro lado, luego de la evaluación de ingreso, en el ámbito nutricional, la paciente tuvo un IMC calculado en 35, por lo que el equipo tratante concluyó que este fue el factor de riesgo para el desarrollo del cuadro, motivo por el cual, al alta, se le remitió al servicio de endocrinología para el estudio correspondiente.

Rotación en Cirugía General

1.2.1. Apendicitis aguda

Paciente de sexo masculino de iniciales D.C.G. de 18 años, ingresa por tópicico de cirugía del Hospital María Auxiliadora con un tiempo de enfermedad de 26 horas que inicia con dolor abdominal en epigastrio con posterior migración a cuadrante inferior derecho hace 4 horas, asociado a hiporexia, náuseas y vómitos además de sensación de alza térmica no cuantificada 4 horas antes del ingreso.

Paciente sin antecedentes de importancia, a la evaluación resalta temperatura corporal de 38°C axilar y frecuencia cardiaca en 110 latidos por minuto. Al examen físico preferencial, paciente refiere migración del dolor a fosa iliaca derecha, ruidos hidroaéreos presentes, resistencia muscular involuntaria presente, signo de McBurney (+), rebote (+).

Se realiza hemograma y perfil preoperatorio, en cuyos resultados se observa leucocitos en 14 mil con abastados en 4 % (valor absoluto de 560), por lo que se decide inicio de antibioticoterapia con ceftriaxona 1 g endovenoso cada 24 horas y metronidazol 500 mg endovenoso cada 8 horas.

Paciente es programado para sala de operaciones de emergencia en donde se realiza apendicectomía abierta; se encuentra apéndice cecal necrosada en toda su extensión, base y ciego sin alteraciones, secreción purulenta de aproximadamente 50 cc.

En su postoperatorio inmediato por apendicitis aguda necrosado con peritonitis focal, el paciente es trasladado al área de recuperación y al no presentar interurrencias es trasladado al área de hospitalización después de 2 horas.

En su postoperatorio se continua con la cobertura antibiótica establecida asociado a terapia analgésica. Paciente en NPO (nada por vía oral) con inicio de dieta líquida a las 6 horas postoperatorias.

Presenta buena evolución clínica, logra progresión a dieta blanda al tercer día postoperatorio, recuperación transcurre sin interurrencias, herida operatoria no mostró signos de flogosis. Al 5.º día de hospitalización, paciente es dado de alta con cobertura antibiótica rotada a cefuroxima 500 mg vía oral cada 12 horas y continuación de metronidazol 500 mg vía oral cada 8 horas ambos hasta completar los 7 días asociados a analgésicos.

Se realiza seguimiento por consultorio externo 7 días posteriores al alta con retiro de puntos.

1.2.2. Colecistitis aguda

Paciente de sexo masculino de iniciales W.E.U. de 24 años ingresa por tóxico de cirugía del Hospital María Auxiliadora con un tiempo de enfermedad de 6 horas caracterizado por dolor abdominal en cuadrante superior derecho asociado a náuseas y vómitos; paciente refiere que síntomas iniciaron posterior a ingesta copiosa de comida grasa.

Paciente sin antecedentes de importancia, a la evaluación no se encuentran alteraciones de los signos vitales; al examen físico preferencial, abdomen con ruidos hidroaéreos presentes, resistencia muscular involuntaria presente en cuadrante superior derecho, Murphy (+), rebote (-).

Se realiza ecografía donde se reporta colédoco de 3 mm, vesícula de aproximadamente 8x4x3 cm con pared de 7 mm con múltiples cálculos en su interior, uno de ellos impactado en bacinete, barro biliar presente.

Se solicita perfil preoperatorio, dentro de los cuales se encontraba un hemograma, en el que resalta el hallazgo de leucocitos en 13 500 sin desviación izquierda, por lo que se realiza cobertura antibiótica con ampicilina/sulbactam 1.5 g endovenoso cada 6 horas.

Paciente es programado a sala de operaciones de emergencia donde se realiza colecistectomía laparoscópica, se encuentra vesícula de 9x5x3 cm de paredes edematosas y engrosadas, conteniendo múltiples cálculos menores 1 cm, arteria cística anterior y posterior, conducto cístico delgado sin alteraciones.

En su postoperatorio inmediato por colecistitis aguda calculosa el paciente no presenta interurrencias en el área de recuperación, por lo que 2 horas después es trasladado al área de hospitalización.

Se continua con la terapia antibiótica establecida en el preoperatorio, adicionándose analgésicos. Presenta buena evolución clínica, logra progresión a dieta blanda al segundo día postoperatorio. Herida operatoria no mostró signos de flogosis.

Transcurre recuperación sin interurrencias, se le otorga el alta al tercer día de hospitalización con cobertura antibiótica con sultamicilina 375 mg vía oral hasta completar los 7 días adicional a analgésicos.

Se realiza seguimiento por consultorio externo 10 días posteriores al alta con retiro de puntos.

1.2.3. Absceso perianal/Fistula perianal

Paciente de sexo masculino de iniciales WOH de 43 años ingresa por tópicos de cirugía del Hospital María Auxiliadora con un tiempo de enfermedad de 2 semanas caracterizado por dolor región perianal que aumenta al sentarse y al defecar, asociado a sensación de alza térmica, refiere sensación de bulto en la zona afectada asociado a dolor a la palpación.

En la evaluación no se encuentran alteraciones de los signos vitales; al examen físico preferencial en posición de litotomía, se visualiza masa en región perianal a las 2 horas en relación con el orificio anal con signos de flogosis, dolorosa a la palpación y con secreción purulenta.

Paciente es diagnosticado con absceso perianal, por lo que se procede a realizar el drenaje asociado a terapia antibiótica con ciprofloxacino de 500 mg cada 12 horas y clindamicina de 300 mg cada 8 horas ambos por 7 días más terapia analgésica.

6 semanas posteriores al procedimiento, el paciente regresa a la emergencia refiriendo misma sintomatología agregándose secreción de restos de heces. Se realiza el examen físico en posición de litotomía, donde se observa orificio a las 2 horas aproximadamente a 1 centímetro del margen anal de donde se aprecia drenaje de materia fecal.

Gracias al examen clínico, antecedentes y la resonancia pélvica en donde se visualiza el tracto fistuloso se obtiene el diagnóstico de

- Fístula perianal no compleja

Es dado de alta con analgesia y transferido a consultorio para la programación de cirugía electiva donde se realiza fistulotomía, como hallazgos operatorios se encuentra tracto fistuloso que atraviesa el esfínter anal interno, sin compromiso del canal externo, de contenido purulento. En el postoperatorio inmediato por fístula perianal interesfintérica paciente no presenta intercurencias por lo cual es trasladado al área de hospitalización dos horas después.

Se realiza cobertura antibiótica con ciprofloxacino 200 mg endovenoso cada 12 horas y metronidazol 500 mg endovenoso cada 8 horas asociado a terapia analgésica. Paciente con buena evolución clínica sin presentar dolor en la región afectada, se decide el alta al segundo día de hospitalización con cobertura antibiótica por vía oral con ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas y metronidazol 500 mg cada 8 horas hasta completar los 7 días de antibioticoterapia, adicional a analgesia.

Se realiza seguimiento por consultorio externo 7 días posteriores al alta.

1.2.4. Hernia inguinal

Paciente de sexo masculino de iniciales C.R.B. de 77 años ingresa por consultorio externo de cirugía del Hospital María Auxiliadora con un tiempo de enfermedad de 6 meses caracterizado por dolor en región inguinal asociado a sensación de bulto en región afectada; paciente refiere que la protrusión ha aumentado con el pasar del tiempo y refiere que el defecto desaparece a la

digitopresión. Paciente sin antecedentes de importancia, a la evaluación no se encuentran alteraciones de los signos vitales; al examen físico preferencial, se palpa defecto de aproximadamente 3 cm en región inguinal izquierda. Se realiza ecografía donde se visualiza saco herniario sin contenido de asas intestinales, sin complicaciones aparentes.

Se solicita perfil preoperatorio, en el cual no se observaron valores alterados. Paciente es programado a sala de operaciones electiva con profilaxis antibiótica con cefazolina de 2 g y se realiza hernioplastia laparoscópica, donde se encuentra un defecto de 3 cm y saco herniario de 5x4 cm de contenido de asa delgada con vascularidad conservada.

En el postoperatorio inmediato por hernia inguinal izquierda no se presentan intercurencias en las siguientes dos horas por lo que se decide el traslado del paciente al área de hospitalización. Paciente con buena evolución clínica, logra progresión a dieta completa al segundo día postoperatorio. Herida operatoria no mostró signos de flogosis, motivo por el cual se decide el alta de hospitalización con analgesia.

Se realiza seguimiento por consultorio externo 7 días posteriores al alta con retiro de puntos.

Rotación en Ginecología y Obstetricia

1.3.1. Placenta previa

Gestante de iniciales YYOT de 36 años, quien ingresa por tópico de Ginecología del Hospital María Auxiliadora con un tiempo de enfermedad de 1 día caracterizado por sangrado genital aproximadamente de 100cc de coloración rojo rutilante y dolor abdominal tipo contracción uterina de intensidad 7 de 10 según la escala EVA. Paciente niega pérdida de líquido amniótico, percibe movimientos fetales; trae consigo ecografía de centro externo donde se evidencia placenta previa parcial.

Antecedentes:

- FUR 28/12/22
- G2 P1001
- 2018: Cesárea por feto en podálico

A la evaluación no se encontraron alteraciones en los signos vitales; al examen físico preferencial se evidenció altura uterina de 29 cm, dinámica

uterina ausente, movimientos fetales (++), latidos cardiacos fetales 132 por minuto, feto longitudinal cefálico.

Paciente es admitida al área de observación con los diagnósticos:

- Segundigesta de 29 semanas 3/7 por ecografía del I trimestre
- Hemorragia de la segunda mitad del embarazo:
 1. Placenta previa
 2. Desprendimiento prematuro de placenta
- Cesareada anterior 1 vez

Se le realiza ecografía obstétrica en la cual se encuentra una gestación de 31 semanas, placenta previa total con signos de acretismo placentario. A la reevaluación no se observan cambios en el estado de la paciente, sin embargo, debido a los hallazgos ecográficos y la continuación del sangrado escaso, se decide hospitalizarla, explicándole los riesgos de la patología.

En piso, se inicia con maduración pulmonar con betametasona 12 mg intramuscular cada 24 horas por 2 días, se indicó paño tutor para monitoreo de sangrado, monitoreo materno fetal y reposo absoluto. Asimismo, se realizan exámenes de laboratorio para completar perfil operatorio.

Se le realiza NST con resultado en reactividad 9/10; se obtienen resultados de laboratorio donde resalta hemoglobina en 12.2, plaquetas 166 mil, leucocitos 11 mil sin desviación izquierda. Examen de orina, perfil tiroideo, perfil hepático y perfil de coagulación sin alteraciones, grupo sanguíneo O+. Permaneció en reposo absoluto durante los primeros 6 días de su hospitalización con cese del sangrado vaginal al 9.º. Al 10.º día se cambió la indicación de reposo absoluto a reposo relativo, sin embargo, al hacerse efectivo, paciente reinició con sangrado vaginal, por lo que retornó a reposo absoluto.

Se realizó junta médica en donde se decidió terminar gestación mediante cesárea más histerectomía total a las 35 semanas de gestación y, de iniciarse la labor de parto antes de la semana prevista, ingresar a la paciente a sala de operaciones de emergencia.

Fue dada de alta al día 13 de hospitalización con indicación de reposo absoluto y educación en signos de alarma. Retorna a las 4 semanas para cesárea electiva más histerectomía, en donde los hallazgos fueron

- Recién nacido masculino de 35 semanas de edad gestacional, APGAR: 9 al primer y quinto minuto de 2100 gramos.
- Útero y anexos normales

Madre e hijo son hospitalizados en el área de alojamiento conjunto, donde permanecen 4 días sin presentar interurrencias y son dadas de alta con posteriores controles a los 7 días.

1.3.2. Embarazo ectópico

Paciente de iniciales SLC de 38 años, ingresa a tópico de ginecología del Hospital María Auxiliadora con tiempo de enfermedad de 3 días caracterizado por dolor abdominal difuso a predominio de hipogastrio asociado a náuseas y sensación de debilidad; paciente acude con resultado de β -HCG positivo.

Antecedentes:

- FUR 08/06/23
- G2P1001: 2009, parto eutócico

A la evaluación no se encontraron alteraciones en los signos vitales, al examen físico preferencial se evidenció abdomen con RHA (+), blando, depresible, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha. Al tacto vaginal se palpó útero AVF de 7 cm, cérvix cerrado posterior, anexo derecho doloroso; a la especuloscopia sangrado escaso en vagina y fondo de saco abombado. Se realiza culdocentesis, extrayéndose 5 cc de contenido hemático.

Es llevada al área de observación donde se inicia reto de fluidos y es llevada a realizarse ecografía donde se halla masa heterogénea en anexo derecho de 69x30 mm con línea endometrial de 4 mm, asimismo se evidencia líquido en fondeo de saco. Se solicita hemograma, grupo sanguíneo y factor y cruce de paquete globular.

Es reevaluada con resultados, donde se obtiene hemoglobina de 6.8 mg/dl, hematocrito 22.3, leucocitos en 7700 sin desviación izquierda y plaquetas 215 mil. Se decide hospitalización y se envía solicitud a sala de operaciones con los diagnósticos:

- Abdomen agudo quirúrgico
- Embarazo ectópico complicado + hemoperitoneo
- Anemia severa

A la espera de sala de operaciones se inicia transfusión de 2 paquetes globulares e infusión de cefazolina 2 g 30 minutos antes de ingresar a centro

quirúrgico. Ingres a sala donde se realiza laparotomía exploratoria + salpingectomía derecha; dentro de los hallazgos operatorios se tuvo trompa derecha estallada con masa de 4x6 cm, trompa izquierda y ovarios normales, hemoperitoneo de 350 cc.

Durante el postoperatorio, no presentó interurrencias, en nuevo control de hemoglobina se vio incrementó a 10 mg/dl luego de una segunda transfusión de otros 2 paquetes globulares. Debido a buena evolución clínica paciente es dada de alta al cuarto día postoperatorio.

1.3.3. Distopia genital

Paciente de iniciales RPE de 55 años, quien ingresa por consultorio externo de Ginecología del Hospital María Auxiliadora con el diagnóstico de

- Prolapso de órgano pélvico III Ba

Posee antecedente de diabetes *mellitus* tipo 2 en tratamiento con insulina NPH 28 UI diarias, gastritis crónica, hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina 50 mg diarios. En antecedentes ginecológicos, FUR hace 10 años, G5 P4014, todos partos vaginales.

Refiere tiempo de enfermedad de 2 años, caracterizado por sensación de bulto que protruye por canal vaginal que incrementa a la bipedestación asociado a dolor pélvico y resequedad vaginal, niega sintomatología adicional.

A la evaluación no se evidenció alteraciones en los signos vitales; al examen físico preferencial se realizó POP-Q:

+2	+4	+3
7	3	9
0	-1	-2

Se realizan exámenes de laboratorio preoperatorios donde no se encuentran alteraciones, por lo que paciente es programada a sala con los diagnósticos de:

- Prolapso de órgano genital III Ba
- Diabetes *mellitus* 2
- Hipotiroidismo

Por paridad satisfecha se decide realizar histerectomía vaginal + colporrafia anteroposterior + técnica de McCall. La intervención se realiza sin

intercurrencias, paciente tiene buena evolución en el postoperatorio con retiro de tampón vaginal a las 24 horas; se le da el alta al 3er día postoperatorio.

1.3.4. Preeclampsia

Paciente de iniciales RSC de 38 años, ingresa por tóxico de ginecología del Hospital María Auxiliadora referida del CMI Virgen del Carmen con diagnóstico de primigesta de 33 semanas 2/7/Preeclampsia con signos de severidad. Paciente acude con doble vía periférica y personal refiere administración de sulfato de magnesio 6 g endovenoso y nifedipino 30 mg por vía oral. Niega cefalea, niega tinnitus, niega pérdida de líquido y sangrado vaginal, percibe movimientos fetales; manifiesta tomar metildopa 500 mg cada 8 horas, no refiere por qué.

Antecedentes:

- Niega enfermedades crónicas
- FUR 04/12/2022
- FPP: 22/09/2023
- G1 P0

A la evaluación se encuentra presión arterial en 150/90 mmHg, con resto de signos vitales sin alteraciones. Al examen físico preferencial, abdomen ocupado por útero grávido, altura uterino 28 cm, latidos cardiacos fetales 144 por minuto, movimientos fetales ++, dinámica uterina ausente, feto longitudinal cefálico.

Al tacto vaginal se palpa cérvix posterior cerrado, no pérdida de líquido amniótico, no sangrado vaginal. Se palpó edemas ++/+++ en miembros inferiores; resto de examen físico sin alteraciones.

Paciente pasa al área de observación con los diagnósticos:

- Gestante de 33 semanas 2/7 por ecografía del I trimestre
- No labor de parto
- Preeclampsia con signos de severidad vs. preeclampsia sobreagregada

Se solicita protocolo de toxemia que incluye hemograma, perfil hepático, perfil de coagulación, DHL, grupo y factor, examen de orina con proteínas cualitativas, glucosa, urea y creatinina.

Se realiza ecografía obstétrica en la que se encuentra gestación única activa de 30 semanas 1/7 por biometría fetal, perfil biofísico 8/8, doppler adecuado, RCIU, ponderado fetal de 1586 g.

Se obtienen resultados de laboratorio donde se encuentra:

- Creatinina 0.71 mg/dl/Glucosa 77 mg/dl/Urea 30 mg/dl
- DHL 176 UI
- TGO 21/TGP 26
- Leucocitos 13 mil sin desviación izquierda/Plaquetas 252 mil/12.4 mg/dl
- Examen de orina: proteínas ++/+++

A la reevaluación paciente continuaba con cifras de presión arterial de 150/90 mmHg, por lo que se decide su hospitalización en centro obstétrico con los diagnósticos:

- Gestante de 33 semanas 2/7 por ecografía del I trimestre
- No labor de parto
- Preeclampsia severa versus hipertensión crónica sobreagregada
- Edad materna avanzada
- RCIU tipo I

Al ser admitida en el área se abre hoja de control periódico de presión arterial, se recolecta muestra de orina para proteinuria en 24 horas y se inicia maduración fetal con betametasona 12 mg intramuscular cada 24 horas por 2 días, previamente explicándole a la familia y paciente a cerca de los riesgos para la madre y el hijo.

Paciente presenta cifras de presión arterial 1 hora después de su ingreso y se da inicio a protocolo SIBAI con sulfato de magnesio con dosis de carga de 6 mg en bolo y 2 mg por hora por 5 dosis adicional a vía salinizada en otro brazo asociado a hidratación endovenosa.

Paciente es trasladada a piso de hospitalización al área de Ucego (Unidad de Cuidados Críticos Ginecológicos y Obstétricos) donde es evaluada por los servicios de neonatología, cardiología y oftalmología.

Cardiología realiza ETT donde se encuentra FEVI de 58% y remodelación concéntrica de ventrículo izquierdo, quienes luego de evaluar a la paciente dan el diagnóstico de hipertensión arterial crónica.

Oftalmología realiza fondo de ojo donde se evidencia signos de retinopatía hipertensiva grado I. Neonatología toma conocimiento del caso y notifican de

disponibilidad de cama en UCI y sugieren completar maduración pulmonar en la medida de lo posible.

Se indica colocación de sonda Foley permeable para control estricto de diuresis y se añade metildopa 500 mg vía oral cada 8 horas + nifedipino 10 mg vía oral si presión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg. A pesar de la terapéutica instaurada se obtienen cifras consecutivas de presión arterial de 170/100 y 170/110 mmHg por lo que se decide programar para cesárea de emergencia.

Se realiza cesárea segmentaria transversa primaria donde se halla recién nacido vivo único de sexo femenino de 2 kg, APGAR 7¹ 8⁵, líquido amniótico claro de volumen adecuado, cordón umbilical 2A1V, placenta fúndica posterior, útero con múltiples miomas en cara anterior y posterior, anexos sin alteraciones aparentes.

Durante el postoperatorio paciente no presenta interurrencias, continúa con antihipertensivos mencionados anteriormente y terapia analgésica. Se reciben resultados de proteinuria en 24 horas con valores en 1.94 g en 24 horas, confirmando diagnóstico de preeclampsia.

Paciente es pasada a ambiente regular en su postoperatorio inmediato y es dada de alta durante el 4to día posterior a su cesárea.

Rotación en Pediatría

1.4.1. Neumonía bacteriana

Se presenta el caso de la paciente de sexo femenino e iniciales TTR de 11 años, que ingresa por tópic de pediatría del Hospital María Auxiliadora con tiempo de enfermedad de 1 día. Madre refiere que la paciente, por la mañana, inició con cuadro de tos con secreción mucopurulenta asociada a rinorrea; ese mismo día por la tarde, paciente presenta sensación de alza térmica no cuantificada. Horas antes del ingreso paciente inicia con cuadro de dificultad respiratoria, motivo por el cual es llevada a emergencias.

Madre niega antecedentes de importancia, también niega contacto con paciente con tuberculosis. Al examen físico en la emergencia, el peso de la paciente fue de 39.5 kg; se observaron alteraciones en los signos vitales, ya que la paciente presentó una frecuencia cardíaca de 127, frecuencia respiratoria de 38, temperatura corporal de 38°C a nivel axilar y una saturación de oxígeno de 89 %. A la evaluación por aparatos y sistemas resaltó en tórax

y pulmones la presencia de leve tiraje subcostal asociado a disminución del pasaje del murmullo vesicular en los 2/3 inferiores del hemitórax derecho y la auscultación de subcrépitos en el mismo lado.

La paciente es admitida en la Unidad de Cuidados Pediátricos Intermedios (UCPTIN) con los diagnósticos presuntivos de derrame pleural y neumonía complicada. Se ordenan diversos exámenes de laboratorio, entre los que resaltan el hemograma y la placa de tórax. Mientras se esperaban los resultados de estos, se decide iniciar terapia endovenosa con ceftriaxona 80 mg/kg día y clindamicina 40 mg/kg día, adicionalmente se colocó paracetamol 500 mg por vía oral para tratar el cuadro febril y omeprazol 40 mg endovenoso como protección gástrica. Se le dio soporte ventilatorio a la paciente a través de cánula binasal con oxígeno a 3 litros para mantener saturación de oxígeno por encima de 92 %.

Tres horas después y a pesar de haber aplicado medios físicos adicionales a los fármacos, la temperatura de la paciente no disminuía a rangos de normalidad, se decidió administrar metamizol 15 mg/kg con lo cual se logró reducir la temperatura a 37 °C.

Se obtienen los resultados de laboratorio en donde se observa una marcada leucocitosis (28.52) a predominio polimorfonuclear (82%- 23386) y desviación izquierda con 13% de bastonados (valor absoluto de 3707). Asimismo, en la radiografía de tórax se observó una zona radiopaca a nivel de lóbulos medio e inferior del pulmón derecho en la incidencia AP, superpuesta a una región de mayor radiopacidad con obliteración del ángulo costofrénico del mismo lado. En la incidencia lateral se observa de manera más clara una zona radiopaca compatible con un proceso de consolidación que afecta al lóbulo medio del pulmón del lado mencionado.

Por ello, y debido a que la paciente aún requería de soporte ventilatorio para mantener niveles de saturación de oxígeno dentro de rangos aceptables, se decide su hospitalización con los diagnósticos de

- Neumonía bacteriana con derrame paraneumónico

Durante su estancia se le realizó BK seriado en esputo, los cuales salieron negativos, asimismo se entrevistó a la madre y la tía quienes se turnaban para cuidar a la menor y ambas negaron que tanto ellas como la paciente hayan tenido contacto con un paciente con tuberculosis.

Se observó mejora laboratorial, obteniendo en el resultado de un hemograma control tomado 3 días después de su hospitalización mejora y regresión a la normalidad de los niveles de leucocitos y neutrófilos abastados. Asimismo, se realizó una ecografía torácica para valorar la cantidad de líquido pleural presente en el derrame y decidir se era meritorio de drenaje; este arrojó que la cantidad era de 100 ml, no fue necesario el procedimiento mencionado.

Se observó mejoría clínica significativa durante los siguientes días, lográndose el destete total de oxígeno en el día seis de hospitalización. Al décimo día, luego de haberse culminado el tratamiento antibiótico endovenoso y por la mejora en el cuadro se decide dar de alta a la paciente con control posterior por consultorio externo.

1.4.2. Bronquiolitis aguda

Paciente de sexo femenino de iniciales A.L.S. de 5 meses de edad ingresa por tóxico de pediatría del Hospital María Auxiliadora con un tiempo de enfermedad de 4 días caracterizado por tos con movilización de secreciones asociado a signos de dificultad respiratoria evidenciados por “respiración rápida” y “hundimiento de costillas” según lo que refiere la madre; esta manifiesta que 6 días antes del ingreso paciente presentó cuadro catarral que pareció resolver, sin embargo, la tos persistió, junto con el empeoramiento del patrón respiratorio.

La paciente no cuenta con antecedentes personales de importancia, sin embargo, madre refiere ser asmática. A la evaluación paciente tiene un peso de 4.1 kg; se evidencia frecuencia respiratoria de 46 respiraciones por minuto, frecuencia cardíaca de 137 latidos por minuto, temperatura de 37.3 °C axilar y saturación de oxígeno de 91 %.

Al examen físico preferencial se auscultó sibilantes espiratorios en ambos campos pulmonares a predominio bibasal asociado a subcrépitos en la misma zona.

Debido a tener antecedente de madre atópica y considerando la cantidad de sibilantes auscultados y la saturación de oxígeno, se decide admitir al paciente al ambiente de UCPTIN para administración de terapia nebulizada y oxígeno por cánula binasal. Se decide realizar un ciclo de nebulizaciones con salbutamol (0.6 gotas/kg) y posterior reevaluación.

Luego de 30 minutos de terminado el ciclo mencionado, el paciente aún presentaba sibilantes en ambos campos y mantenía niveles de saturación de oxígeno entre 90-91% con oxígeno a 2 litros por la cánula. Por ello, se decide su hospitalización con el diagnóstico de

- Bronquiolitis aguda

Paciente continúa con ciclos de nebulización con salbutamol cada 3 horas los 2 primeros días de hospitalización aunado esto al apoyo oxigenatorio mediante cánula binasal, manteniéndose la necesidad a 2 lt/min. Al tercer día de hospitalización se logra disminuir el requerimiento de oxígeno a 1 lt/min e incrementar la ventana de tiempo entre un ciclo de nebulización y otro a 6 horas. Al examen físico, se encontró que los sibilantes habían disminuido, adicionado esto a la ausencia total de subcrépitos.

Al quinto día de hospitalización se logró el destete total de oxígeno y se logró cambiar la administración de salbutamol de su forma nebulizada a su forma inhalada mediante aerocámara pediátrica. Al séptimo día, debido a la evidente mejoría clínica, desaparición casi total de los sibilantes y la capacidad de la paciente para mantener niveles de saturación de oxígeno por encima de 92%, se decide darle el alta con inhalaciones de salbutamol (3 disparos cada 3 horas por 2 días, luego cada 4 horas por 3 días y luego cada 6 horas 4 días) y paracetamol 2 gotas/kg condicional a fiebre.

1.4.3. Otitis media aguda

Paciente de sexo masculino de iniciales PBJJ de 3 años, ingresa por tópico de pediatría del Hospital María Auxiliadora traído por su madre quien refiere un tiempo de enfermedad de 4 días caracterizado por dolor de garganta, asociado a disminución del apetito y sensación de alza térmica no cuantificada.

Madre no refiere antecedentes de importancia. A la evaluación, paciente con peso de 12 kg, resalta una temperatura corporal de 38.8 °C asociada a incremento de frecuencia respiratoria y cardiaca en 35 y 110 por minuto respectivamente. Al examen físico preferencial se observó presencia de eritema y congestión a nivel de orofaringe sin presencia de placas de secreción purulenta.

Asimismo, durante la entrevista, se mostraba irritable, situación que empeoró cuando se intentó examinar el oído derecho con el otoscopio. Cuando se

logró, se observó abombamiento del tímpano de dicho lado, asociado a enrojecimiento y aspecto opaco del mismo.

El cuadro se catalogó como

- Faringitis aguda
- Otitis media aguda derecha

Se administró paracetamol a 15 mg/kg y se envió a UCPTIN para iniciar medios físicos. Luego de 1 hora de administrado el medicamento, se le reevaluó, encontrándose una temperatura corporal de 38.9 °C axilar, por lo que se decide administrar metamizol a dosis de 10 mg/kg. Se vuelve a evaluar luego de 1 hora y se obtiene temperatura corporal de 38 °C.

Se indica que paciente permanezca en observación hasta que temperatura corporal retornase a rangos de normalidad, lo cual ocurrió una hora más tarde. Paciente fue dado de alta de UCPTIN con los diagnósticos planteados y se inició tratamiento por vía oral con cefuroxima a dosis de 30 mg/kg día cada 12 horas por 7 días y paracetamol a dosis de 15 mg/kg cada 8 horas por 3 días. Retornó dos semanas después por consultorio externo luego de haber culminado tratamiento prescrito, al examen se evidencio resolución total del cuadro.

1.4.4. Tos ferina

Paciente de sexo femenino de iniciales BARC de 2 meses de edad ingresa por tópico de pediatría del Hospital María Auxiliadora traído por madre quien refiere tiempo de enfermedad 7 días que inició con síntomas catarrales y 3 días del ingreso familiar observó marcada tos no productiva que en las últimas 24 horas llevó al vómito en 5 ocasiones, motivo por el cual es traída a emergencia.

Dentro de antecedentes patológicos no se encontró nada relevante, sin embargo, madre manifestó que la paciente solo contaba con las vacunas de BCG y Hepatitis B colocadas al momento del nacimiento.

A la evaluación, con peso de 5.6 kg, se encontraba agitada con frecuencia respiratoria de 60 respiraciones por minuto, frecuencia cardíaca en 163 latidos por minuto, temperatura corporal en rangos normales y saturación de oxígeno en 93%. Al examen físico preferencial se observaron signos de dificultad respiratoria evidenciados por tirajes subcostal leve, a la auscultación no se encontraron alteraciones.

Paciente presentó durante la evaluación 2 accesos de tos, de los cuales uno terminó en vómito de contenido lácteo y el otro en rubicundez facial. Se decide iniciar soporte ventilatorio por cánula binasal con oxígeno a 2lt/min y hospitalizarla con el diagnóstico de

- Síndrome coqueluchoide versus tos ferina

Paciente sube a piso, donde se le inicia tratamiento endovenoso con azitromicina a dosis de 10 mg/kg día cada 24 horas y paracetamol a dosis de 15 mg/kg condicional a fiebre. Se tomó muestra de exudado nasofaríngeo para IFI viral, la cual fue enviada al INS para su procesamiento.

Logró destete total de oxígeno al segundo día de hospitalización con desaparición de signos de dificultad respiratoria, motivo por el cual al tercer día se decide darle de alta con cobertura antibiótica con azitromicina a dosis de 10 mg/kg día cada 24 horas por 2 días más para completar los 5 días de tratamiento asociado a paracetamol a dosis de 15 mg/kg condicional a fiebre. Paciente fue evaluado posteriormente por consultorio externo 12 días luego de su alta, se observó mejora de cuadros de tos, los cuales ya eran menos intensos y frecuentes; asimismo, se recibieron resultados de muestra enviada, confirmando diagnóstico de tos ferina.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital María Auxiliadora se encuentra catalogado como un establecimiento de salud con nivel de complejidad III-1 localizado en el distrito de San Juan de Miraflores, en la Avenida Miguel Iglesias 968. Su jurisdicción abarca asimismo diversos distritos del sur de Lima como Villa María del Triunfo, Villa El Salvador, Pachacamac, Barranco, Lurín, Chorrillos, Santiago de Surco, entre otros.

Fue creado bajo la disposición de la resolución ministerial n.º 2 82-73-SA/DS el día 3 de diciembre de 1973; tiene como misión “prevenir los riesgos, proteger del daño, recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de los pacientes en condiciones de plena accesibilidad y de atención a la persona desde su concepción hasta su muerte natural”². Asimismo, su visión es “ser un hospital acreditado de tercer nivel con reconocimiento nacional e internacional en la atención integral y especializada con excelencia en los servicios de salud, líder en formación de recursos humanos contribuyendo a la ciencia con investigación científica en salud”². Este establecimiento cuenta con los servicios de atención de emergencias, hospitalización, sala de partos, centros quirúrgicos, banco de sangre, laboratorio y centro de imágenes².

Por otro lado, el segundo establecimiento donde los autores realizaron su internado médico fue el Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján, el cual pertenece al nivel de complejidad I-3, contando con los servicios de Medicina General, Nutrición, Psicología, Servicio Social, rayos X, laboratorio, farmacia y tópico para aplicación de inyectables, curaciones y tratamientos endovenosos. Asimismo, cuenta con diversas estrategias dirigidas a la promoción y prevención de enfermedades con alta incidencia en nuestro país, tales como el Programa de Control de la Tuberculosis (PCT), Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual (Cerits), Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI) y programa de Crecimiento y Desarrollo (CRED).

El centro fue inaugurado el 30 de agosto del año de 1958 en el distrito de Chorrillos, formando parte de la Red Integrada de Servicio de Salud de Surco-Barranco-Chorrillos. Está ubicado en la Avenida Defensores del Morro 556,

anteriormente conocida como Avenida Huaylas; cuenta con un horario de atención de lunes a sábado de 7 a.m. a 7 p.m.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

En este capítulo, se realizará un análisis detallado de las patologías mencionadas, realizando una breve revisión del aspecto teórico estas condiciones de salud y de cómo fueron abordadas en el contexto específico del hospital y centro de salud. Se tendrá en consideración las directrices y protocolos más recientes de práctica clínica, con el propósito de comparar y contrastar las acciones tomadas en el entorno hospitalario con las recomendaciones actuales de la comunidad médica.

Rotación en Medicina Interna

1.1.1. Pielonefritis

La pielonefritis aguda se refiere a una infección bacteriana en la parte superior del tracto urinario, que incluye los riñones y los uréteres, generalmente causada por una infección bacteriana. Suele ser el resultado de una infección que comienza en la uretra o la vejiga y asciende hacia los riñones. Puede afectar a personas de todas las edades, pero es más común en mujeres que en hombres ³.

Las bacterias, comúnmente *Escherichia coli*, son los agentes causales más frecuentes de la pielonefritis. Otros patógenos, como *Proteus spp* y *Klebsiella spp*, también pueden estar involucrados. Los factores de riesgo incluyen tener una infección del tracto urinario previa, tener una sonda vesical, ser mujer embarazada, entre otros ³.

Los síntomas típicos de la pielonefritis incluyen dolor en la zona lumbar o en el costado, fiebre, escalofríos, malestar general, náuseas y vómitos. Además, los pacientes pueden experimentar síntomas urinarios como urgencia, frecuencia urinaria y disuria³.

El diagnóstico de la pielonefritis implica la confirmación de bacteriuria mediante cultivo, junto con manifestaciones clínicas y evaluaciones genitourinarias, como puntos reno vesicales o puño percusión lumbar. El examen de orina tradicional es útil, a pesar de su propensión a falsos positivos. Los exámenes de imágenes también pueden proporcionar información sobre la causa subyacente, como litiasis renal o daño en el tracto urinario superior³.

El tratamiento se basa principalmente en la antibioterapia, guiada por el antibiograma del cultivo previamente realizado. Las cefalosporinas, en particular la ceftriaxona, son opciones adecuadas para la terapia empírica debido a su amplia cobertura contra patógenos gram positivos y gram negativos. La duración del tratamiento varía,

siendo de 7 días en casos no complicados, hasta 10 días en presencia de bacterias con betalactamasa de espectro extendido (BLEE) y más de 4 semanas en casos complicados³.

Después del alta del paciente, es crucial brindar educación sobre la higiene perineal, el cuidado adecuado de la sonda vesical y realizar monitoreos constantes en pacientes con episodios recurrentes de infecciones del tracto urinario³.

1.1.2 Tuberculosis

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa crónica ocasionada por el complejo de bacterias *Mycobacterium tuberculosis*, también conocida como bacilo de Koch el cual es un bacilo ácido alcohol resistente (BAAR) aerobio estricto sumamente resistente a la antibioticoterapia empleada en otros tipos de bacilos, debido a su capa compuesta por el ácido micólico, sumado a esto el *M. tuberculosis* presenta cierta resistencia natural a cierto grupo de medicamentos, generando varios grupos poblacionales en un mismo huésped, motivo por el cual los esquemas de hoy en día se enfocan en una terapia antibiótica cuádruple en el esquema sensible⁴.

La tuberculosis se da por la infección crónica por el agente ya mencionado, al estar en contacto prolongado con una persona con la enfermedad activa se origina una primoinfección donde el *M. tuberculosis* llega al pulmón del huésped donde, en algunos casos, el mismo sistema inmune del paciente logra controlar la infección, mientras que en otros casos como los pacientes inmunocomprometidos, la bacteria logra replicarse y diseminarse ya sea por vía linfática o hematogena para generar la enfermedad, la cual puede afectar cualquier órgano del ser humano teniendo predisposición por los órganos ricos en oxígeno como es el caso de los pulmones⁴.

El diagnóstico de la tuberculosis se realiza mediante la visualización directa del *M. tuberculosis* en una muestra biológica ya sea por esputo, punción, biopsia, etc. En el país el método más utilizado para el diagnóstico de tuberculosis pulmonar es la baciloscopia, procedimiento que consiste en la toma de 2 muestras de esputo expectoradas por el paciente, la primera en el centro de salud el mismo día y la segunda al día siguiente en ayunas sin el uso de enjuagues bucales o de algún método de limpieza, posterior a esto se realizará una tinción ya sea Zhiel-Neelsen o auramina O, las cuales permiten aprovechar las características de la pared celular de la bacteria para su visualización, teniendo como resultados pacientes paucibacilares, positivos una cruz, positivos dos cruces y positivos tres cruces siguiente los criterios para cada una de las coloraciones⁴.

Sin embargo, la baciloscopia solo será positiva en pacientes de carga bacilar alta que tengan la presencia de más de diez mil bacilos en esputo, por otro lado las nuevas tecnologías han desarrollado métodos de detección en pacientes de menor carga como es la Plataforma Multifuncional Molecular Automatizada (PMMA) o mejor conocida como GenXpert el cual nos permite obtener resultados positivos en pacientes que eliminen 131 bacilos en esputo o el caso del GenXpert Ultra el cual nos dará resultados tan solo con 16 bacilos en esputo, sumado a esto el PMMA nos brinda también un resultado rápido para saber si la población bacteriana cuenta con resistencia a la Rifampicina⁴.

Después del diagnóstico, se deberán de correr con los cultivos correspondientes y la búsqueda de resistencias a fármacos de primera y segunda línea de ser necesario⁴. El tratamiento de la tuberculosis consta de una terapia antibiótica cuádruple para el esquema sensible, mientras que para casos que presenten resistencias agregadas los medicamentos pueden variar teniendo algunos de más de 5 medicamentos. (4) En esta ocasión hablaremos del esquema utilizado para el paciente del caso clínico, el cual no presenta resistencias a medicamentos de primera línea. El esquema TB sensible consta del uso de medicamentos bactericidas y bacteriostáticos empleados de manera simultánea para la eliminación de las poblaciones metabólicamente activas y en estado de senescencia⁴.

Como cabeza del tratamiento tenemos a la Isoniacida y Rifampicina los cuales son el principal pilar para la terapia antituberculosa, teniendo alta capacidad bactericida tanto en el intra como en el extracelular, estos dos fármacos son los que disminuyen la sintomatología de los pacientes y detienen el avance de la enfermedad, mientras que la Pirazinamida cuenta con una alta capacidad esterilizante lo que eliminará a las bacterias sin actividad metabólica evitando así las recidivas, el uso del Etambutol es principalmente para las pequeñas poblaciones bacterianas que presentan resistencia a la Isoniacida⁴.

El tratamiento para tuberculosis pulmonar consta de 6 meses teniendo una fase intensiva inicial de 2 meses con las cuatro drogas de uso diario exceptuando domingos y feriados y una segunda fase de mantenimiento de 4 meses solo con Isoniacida y Rifampicina 3 veces a la semana. En el caso de Tuberculosis extrapulmonar la terapia se extiende a 12 meses permaneciendo la fase intensiva igual al caso de TB pulmonar y una fase intensiva de 10 meses de Isoniacida y Rifampicina, pero de uso diario⁴.

1.1.3. Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

La infección que afecta a la serie blanca del sistema inmune del ser humano, especialmente a los linfocitos, es ocasionado por un virus ARN conocido como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Este microorganismo pertenece a la familia *retroviridae* y a la subfamilia *lentivirus*; existen 2 serotipos: VIH-1, el cual es responsable de pandemias y epidemias, y VIH-2, confinado mayormente al Oeste de África^{5,6,7}.

Su afinidad por los linfocitos, específicamente con los de la estirpe T CD4+, se debe a la afinidad de una de sus proteínas de superficie (gp120) con su receptor CD4. Esta unión facilita la entrada del virus a la célula, permitiendo así que continúe su ciclo vital hasta hacer uso de la enzima transcriptasa reversa y convertir su genoma ARN en ADN, logrando su replicación^{5,6,7}.

La transmisión de este virus es principalmente por la vía sexual, siendo sucedido por otras vías, tales como la intraparto, exposición a sangre o productos sanguíneos contaminados y lactancia.^{5,6,7}

Según la CDC, el riesgo de transmisión de VIH en relaciones heterosexuales fluctúa entre 0.04 % y 0.08 %, mientras que la transmisión en relaciones homosexuales observa un incremento considerable a aproximadamente 1.4 %. Debido a esto, existen grupos con mayor riesgo de contagio, tales como los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, trabajadoras sexuales y usuarios de drogas parenterales^{5,6,7}.

El tiempo transcurrido entre el contagio hasta el inicio de los síntomas varía entre 2 a 4 semanas; el cuadro se iniciará con la presentación de síntomas inespecíficos, tales como fiebre, mialgia, adenopatías cervicales, diarrea, sudores nocturnos, etc.^{5,6,7}.

Asimismo, puede existir la presencia de enfermedades oportunistas, siendo la más representativa la neumonía ocasionada por *Pneumocystis jirovecii*, seguida por la candidiasis orofaríngea y esofágica, sarna noruega o escabiosis diseminada, toxoplasmosis, neurocriptococosis e infección por citomegalovirus^{5,6,7}.

El paciente puede acudir a consulta por la presencia ya sea de síntomas constitucionales o de aquellos relacionados a las infecciones mencionadas; los cuales, aunados a la presencia de un acto sexual sin protección en la historia del paciente, debe hacer que el médico sospeche de una inmunodeficiencia^{5,6,7}. Para el diagnóstico de la enfermedad, el algoritmo sugerido en la Norma Técnica de Salud

n.º 169 elaborada por el Ministerio de Salud, se contemplan diversos métodos:^{5,6,7}. Dos pruebas rápidas para VIH de tercera generación de dos fabricantes diferentes con resultados reactivos

- Dos pruebas rápidas, una de tercera y otra de cuarta generación con resultados reactivos
- Una prueba rápida, ya sea de tercera o cuarta generación, adicional a un ELISA, ambos reactivos
- Una prueba rápida reactiva más una prueba confirmatoria positiva, la cual puede ser carga viral, inmunofluorescencia indirecta y/o inmunoblot

Luego de la definición del diagnóstico, se debe pasar a la valoración del paciente según estadio clínico/inmunológico en el que se encuentre; la Norma Técnica vigente contempla la clasificación propuesta por la OMS en el año 2007, la cual toma en cuenta la presencia y gravedad de los síntomas presentados por el paciente, así como el valor absoluto de linfocitos T CD4+^{5,6,7}.

Estadio 1: paciente asintomático y/o con linfadenopatía generalizada persistente que tiene valor de CD4 en 500 a más^{5,6,7}.

Estadio 2: paciente con pérdida de peso idiopática de menos del 10% del peso corporal, asociado a infecciones recurrentes de las vías respiratorias, así como úlceras orales recurrentes, entre otros. Asimismo, tiene un valor de CD4 medido entre 350 a 499^{5,6,7}.

Estadio 3: se observa una pérdida de peso más significativa que en el estadio anterior, así como la presencia de episodios de diarrea crónica y fiebre idiopática persistente. También se ve un incremento en la incidencia de infecciones bacterianas graves como neumonía y meningitis, así como infecciones micóticas. Se observan valores de CD4 entre 200 y 349^{5,6,7}.

Estadio 4: este se conoce como estadio sida o síndrome de inmunodeficiencia adquirida, y es aquí en donde se hacen presente las enfermedades definitorias del síndrome ya mencionado, tales como la neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, candidiasis esofágica, tuberculosis extrapulmonar, sarcoma de Kaposi, leucoencefalopatía multifocal progresiva, micosis sistémicas, toxoplasmosis del SNC, etc. Este deterioro clínico tan marcado refleja un nivel de CD4 menor a 200^{5,6,7}. La atención del paciente con este diagnóstico debe ser integral, evaluando función renal y hepática mediante exámenes de laboratorio los cuales incluyan

prueba de embarazo en mujeres en edad fértil, radiografía de tórax y 02 baciloscopías, descarte de otras infecciones de transmisión sexual^{5,6,7}.

Una vez realizado el diagnóstico de acuerdo al algoritmo descrito, se debe iniciar la terapia antirretroviral, siendo el esquema de elección aquel compuesto por 1 tableta en dosis fija combinada cada 24 horas de tenofovir 300mg/lamivudina 300 mg/dolutegravir 50 mg. Adicionalmente se debe incluir terapia preventiva con Trimetropin/Sulfametoxazol 160/800 mg vía oral de forma diaria, así como terapia para infección latente por tuberculosis (ITBL) de acuerdo a lo dispuesto por la normativa vigente^{5,6,7}. 1.1.4. Celulitis

La celulitis es una inflamación aguda del tejido blando ocasionado por diversos tipos de bacterias, en especial *Staphylococcus spp.* y *Streptococcus spp.*, produciendo síntomas y signos tales como dolor, eritema, incremento de la temperatura en la zona afectada e incremento de volumen^{5,6,7}.

El origen de esta afección se debe a la solución de continuidad de la barrera cutánea, producida por cortes, laceraciones, abrasiones, quemaduras, picaduras de insectos, heridas quirúrgicas o catéteres endovenosos, los cuales producirán un punto de entrada que permitirá el ingreso de las bacterias mencionadas u otras a la piel^{7,8}.

Existen ligeras diferencias clínicas entre las infecciones causadas por *S. aureus*, las cuales son referidas como celulitis purulentas, y por *S.pyogenes*, referidas como celulitis no purulentas. La primera se caracteriza porque se expande desde un punto central, ya sea un absceso, foliculitis o una vía central o periférica; hoy en día existe una mayor incidencia de celulitis por *S.aureus* resistente a la meticilina que aquellas producidas por la forma sensible de esta bacteria^{7,8}.

Por otro lado, las infecciones por *S. pyogenes* se caracterizan por una más rápida expansión, así como su asociación con cuadros febriles y de linfangitis, por ellos su mayor incidencia en individuos con linfedema crónico y aquellos que sufran de estasis venosa crónica o se les haya realizado una safenectomía^{7,8}.

De cualquier manera, y a pesar de que el diagnóstico del cuadro sea clínico, se sugiere la toma de muestra del exudado de la lesión y la tinción Gram en el mismo para distinguir entre un organismo y otro, con el fin de establecer una terapia antibiótica más específica^{7,8}.

Si el paciente no tiene una condición que requiere de consideraciones especiales para el inicio del tratamiento, tal como síndrome de shock tóxico, infección necrotizante, síndrome compartimental o un cuadro que incluya regiones corporales

como la cara, cuello, manos, genitales o periné y hay ausencia de signos que indiquen sepsis severa, se debe valorar si la antibioticoterapia deberá ser administrada por vía parenteral o enteral^{7,8}.

Lo último se determinará mediante la evaluación del paciente y la ausencia o presencia de fiebre, progresión rápida del eritema o gran extensión de este, así como incapacidad para la tolerancia oral. De ser así, se puede optar por una terapia enteral, eligiendo el antibiótico de acuerdo a la necesidad o no de cubrir *S.aureus* resistente (MRSA)^{7,8}.

Si no existe, el fármaco de elección es la dicloxacilina seguido por la cefalexina, administrados en dosis de 100 mg cada 12 horas y 500 mg cada 6 a 8 horas respectivamente. Por el contrario, de ser necesaria cobertura para MRSA, se podrá optar por Trimetropim/Sulfametoxazol cada 24 horas; la duración del tratamiento en ambos casos es de 7 a 10 días^{7,8}. Por otro lado, si se determinara que es necesaria la administración del tratamiento por vía enteral, se debe optar por cefazolina u oxacilina en casos de *S. aureus* sensible, a dosis de 1 g cada 8 horas. En casos de MRSA se deberá iniciar terapia con vancomicina a dosis de 20-35 mg/kg de carga seguido por dosis de mantenimiento de 15-20 mg/kg cada 8 a 12 horas; sumado a un estricto monitoreo de la función hepática y renal. En este escenario el tratamiento tendrá una duración no menor a 10 días^{7,8}.

Rotación en Cirugía General

1.2.1. Apendicitis aguda

La apendicitis aguda es una de las causas de abdomen agudo quirúrgico más frecuentemente presentadas en la emergencia, y se trata de la inflamación de la pared apendicular, ocasionada por la obstrucción del conducto de drenaje de esta.^{9,10,11}

Esta obstrucción tiene etiologías diversas, las cuales dependen del grupo etiológico del cual se habla; así, en el caso de adultos la causa más común es la presencia de fecalitos en el orificio que conecta el apéndice con el ciego, mientras que en niños esto se debe a una hiperplasia linfoidea de estructuras conocidas como amígdalas de Roux^{9,10,11}.

Este cuadro se compone de 4 fases principales, siendo estas^{9,10,11}.

- Eritematosa o catarral
- Supurativa o flemonosa
- Necrosada

- Perforada

Existe una progresión cronológica de las mismas, iniciándose con el incremento de presión intraluminal dentro del órgano debido a la obstrucción de su orificio de salida. Por ellos, es de suma importancia conocer el tiempo de enfermedad del paciente, sobre todo en horas, ya que esto puede dar pistas acerca de la fase en la que se encuentra^{9,10,11}.

De manera secuencial, el primer afectado será el drenaje linfático, seguido del drenaje venoso y, por último, la irrigación dada por la arteria apendicular, lo cual deriva finalmente en isquemia del tejido y la perforación del mismo^{9,10,11}.

En cuanto al diagnóstico, se utiliza clásicamente la escala de Alvarado, la cual combina criterios clínicos y laboratoriales, con el fin de determinar si nos encontramos frente a un caso de apendicitis aguda o no. En caso de duda, es aquí donde son de utilidad los estudios de imágenes, siendo el de elección la tomografía abdominal sin contraste^{9,10,11}.

Dentro de la historia del paciente, este mencionará que el cuadro inició con dolor abdominal difuso que, con el paso de las horas, fue migrando y terminó localizándose en la fosa ilíaca derecha. La exploración de esta zona y su palpación provocará dolor, conociéndose esto como signo de McBurney positivo. Existen también otros signos, tales como el signo del psoas, signos del obturador y signo de Rovsing, sin embargo, estos son menos frecuentes que el mencionado y dependen de la posición en la que se encuentre el apéndice^{9,10,11}.

Asimismo, es común que se mencione la anorexia como signo más precoz, seguida por las náuseas y vómitos con el transcurso del cuadro y su empeoramiento^{9,10,11}.

La escala mencionada evalúa 3 aspectos, los cuales contienen diversos ítems, cada uno con un puntaje asignado^{9,10,11}.

- Signos: migración del dolor a fosa ilíaca derecha, anorexia y/o cetonuria, náuseas y/o vómitos.
- Síntomas: dolor en fosa iliaca derecha, signo de Blumberg (+), fiebre
- Laboratorio: leucocitosis, desviación izquierda

A todos los criterios mencionados se les otorga 1 punto, a excepción del dolor en fosa iliaca derecha y la leucocitosis, los cuales cuentan con 2. De esta manera, el puntaje mínimo obtenido con esta escala es 1 y el máximo es 10^{9,10,11}.

Si resulta la sumatoria en un valor entre 1 a 3 puntos, esto descarta la posibilidad de que se trate de una apendicitis aguda y obliga a buscar otras causas de los síntomas presentados por el paciente. Si por el contrario se obtuviera un valor entre 7 y 10, esto confirma el diagnóstico de apendicitis aguda, permitiéndonos iniciar la preparación del paciente para sala de operaciones ya que el tratamiento de este cuadro es netamente quirúrgico^{9,10,11}.

Existe duda diagnóstica cuando el puntaje obtenido se encuentra entre 4 y 6, por lo que, así como se mencionó anteriormente, se solicitarán estudios de imágenes, siendo la tomografía de elección o, en caso de no contar con el equipo o se trate de una gestante, una ecografía abdominal^{9,10,11}.

La extracción del apéndice, conocida como apendicectomía, se realizará ya sea por cirugía convencional, realizando una incisión en la pared abdominal. Las más conocidas son la oblicua o de McBurney y la transversa o de Rocky-Davis. (9,10,11) Hoy en día, la mayoría de los cirujanos opta por realizar la extracción vía laparoscópica, ya que a través de esta técnica se reduce el tiempo operatorio, disminuye el tiempo de recuperación post operatoria y permite que el paciente pueda tener un alta pronta^{9,10,11}.

Cabe recalcar que no solo es importante el manejo quirúrgico sino también el clínico, ya que en este cuadro es crucial la elección de una cobertura antibiótica adecuada. Por ello, es común observar la prescripción de cefazolina preoperatoria en infusión 30 minutos antes de que el paciente ingrese a quirófano como profilaxis, y la instauración de un régimen que dure de 7 a 10 días con fármacos como ceftriaxona más metronidazol, el cual permite cubrir tanto gram negativos como anaerobios^{9,10,11}.

1.2.2. Colecistitis aguda

La colecistitis aguda, en este caso la calculosa, es un cuadro inflamatorio de la vesícula biliar que se produce como consecuencia de la obstrucción del conducto cístico por un lito, obstaculizando el drenaje de la bilis hacia el conducto colédoco e iniciando la cascada inflamatoria que derivará en los signos y síntomas que se mencionarán más adelante^{12,13}.

Existen diversos factores que facilitan la formación de estos cálculos vesiculares, siendo los más frecuentes la obesidad, el sexo femenino, la edad cercana a los 40 años y la fertilidad (también en lo que concierne a las mujeres). Los cálculos son predominantemente formados por colesterol, aunque también existen los de tipo

pigmentario^{12,13}. El cuadro clínico de la colecistitis aguda se caracteriza por la presencia de dolor abdominal localizado a nivel del cuadrante superior derecho y/o epigastrio, con irradiación hacia la espalda y brazo del mismo lado. Además, puede estar asociado a fiebre, náuseas y vómitos; asimismo, es común que el paciente refiera la ingestión de comidas altamente grasosas previo al inicio de la sintomatología^{12,13}.

Durante la exploración física es común el dolor a la palpación del cuadrante superior derecho, seguido del arresto inspiratorio; a esto se le conoce como signo de Murphy, y su positividad es un gran indicativo de un cuadro de colecistitis aguda. Asimismo, puede que también se encuentre resistencia muscular involuntaria, así como signo del rebote o Blumberg^{12,13}.

En cuanto al perfil laboratorial, resalta la presencia de leucocitosis con o sin desviación izquierda; sin embargo, en este cuadro es importante el análisis del perfil hepático del paciente, sobre todo de los niveles de bilirrubina total y directa, así como de fosfatasa alcalina, ya que una elevación de los mismos, podría sugerir la obstrucción de la vía biliar principal y por tanto, la migración del cálculo hacia el conducto colédoco y su consecuente reposicionamiento en la ampolla de Vater, pudiendo producir un cuadro aún más complicado^{12,13}.

El tratamiento de elección es la extracción quirúrgica de la vesícula biliar, mediante incisiones en la pared abdominal ya sea para una colecistectomía convencional o laparoscópica^{12,13}. Es también importante la cobertura antibiótica, para la cual se utilizan fármacos como la ampicilina/sulbactam o piperacilina/tazobactam, siendo rotados a vía oral al alta del paciente para la continuación del tratamiento hasta completar 7 a 10 días, utilizándose para esto sultamicilina o cefuroxima más metronidazol^{12,13}.

1.2.3. Fístula perianal

Una fístula perianal es una conexión anormal entre dos estructuras anatómicas, la región perianal y el canal anorrectal. Por lo general, se desarrolla como resultado de una infección en una glándula anal, que puede llevar a la formación de un absceso perianal. Cuando no hay un drenaje adecuado de este, puede crearse un tracto fistuloso que va a conectar las regiones ya mencionadas¹⁴.

Se caracteriza por un conducto estrecho o túnel que se extiende desde el interior del recto o el ano hasta la piel que rodea el ano. Estos conductos pueden variar en forma y complejidad, y suelen estar asociados con dolor, inflamación, secreción de pus y a

veces, sangrado. Algunos factores y condiciones que pueden contribuir al desarrollo de fístulas perianales son¹⁴.

- Absceso anal: La mayoría de las fístulas perianales se originan a partir de abscesos anales no tratados o mal drenados. Estos abscesos suelen formarse debido a la obstrucción de las glándulas anales, que se encargan de lubricar el canal anal. Cuando estas glándulas se obstruyen y la secreción se acumula, puede desarrollarse un absceso, y si este no se trata adecuadamente, puede evolucionar hacia una fístula perianal¹⁴.
- Enfermedades inflamatorias intestinales: Pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales como la enfermedad de Crohn o la colitis ulcerosa tienen un mayor riesgo de desarrollar fístulas perianales. La inflamación crónica en la región rectal y anal puede predisponer a la formación de abscesos y, posteriormente, de fístulas¹⁴.
- Traumatismos: Lesiones o traumatismos en el área perianal, como cortaduras o desgarros, pueden aumentar el riesgo de desarrollar fístulas perianales¹⁴.
- Infecciones: Infecciones bacterianas o virales que afectan el área perianal, como ciertos tipos de infecciones de transmisión sexual, pueden contribuir a la formación de abscesos y, en consecuencia, de fístulas¹⁴.
- Procedimientos médicos anteriores: Intervenciones médicas previas, como cirugías anales o tratamientos para abscesos, pueden aumentar el riesgo de desarrollar fístulas perianales¹⁴.

Existen varios tipos de fístulas perianales, clasificadas según la ubicación y la extensión del conducto anormal. Los tipos más comunes son¹⁴.

- Fístula interesfinteriana: Se extiende a través del esfínter interno y posteriormente forma un tracto fistuloso que se dirige hacia la parte externa del ano. El manejo efectivo de estas fístulas se logra mediante una fistulotomía, que implica la apertura del conducto fistuloso, y rara vez provoca incontinencia, ya que el tratamiento no impacta en el esfínter externo¹⁴.
- Fístula transesfinteriana: Es aquella que cruza al otro lado del esfínter externo antes de salir en el área perianal, involucrando ambos esfínteres. El manejo de las fístulas transesfinterianas puede ser complicado debido a esta característica, y a menudo requiere un tratamiento más complejo o en etapas¹⁴.

- Fístula supraesfinteriana: Son tractos fistulosos que transcurren por encima del esfínter externo y atraviesan el músculo puborrectal antes de cambiar su curso hacia abajo hasta su apertura externa. En este proceso, atraviesan el esfínter interno y el músculo puborrectal, pero evitan el esfínter externo¹⁴.
- Fístulas extraesfinterianas: Generalmente tienen su origen en la parte más cercana al recto en lugar del ano y suelen ser consecuencia de un procedimiento previo. La abertura externa de estas fístulas se encuentra en el área perianal, y el conducto sigue una dirección hacia arriba para ingresar al canal anal por encima de la línea dentada¹⁴.

El diagnóstico generalmente involucra un enfoque clínico que incluye la evaluación de los síntomas del paciente y exámenes de imagen como es el caso de la ecografía o fistulografía por tomografía, con la finalidad de poder visualizar el tracto fistuloso¹⁴. El tratamiento puede incluir la incisión y drenaje del absceso, seguido por procedimientos quirúrgicos como la fistulotomía. La terapia antibiótica también puede ser necesaria en algunos casos y en estos se recomienda el uso de Ciprofloxacino y Metronidazol, sin embargo, hay estudios que recomiendan su uso combinado posterior a la fistulotomía por 7 días¹⁴.

1.2.4. Hernia inguinal

La hernia inguinal es una condición médica en la que una porción del intestino u otro tejido abdominal protruye a través de un defecto en la pared muscular del área inguinal. Esta protuberancia puede ser visible y sentirse como un bulto debajo de la piel, especialmente al toser o realizar esfuerzos físicos, los cuales generarán un aumento de la presión positiva en la región afectada¹⁵.

Las hernias inguinales son más comunes en hombres que en mujeres y pueden desarrollarse en cualquier momento a lo largo de la vida. La causa principal es alguna alteración en las fibras de colágeno, lo cual facilita la aparición de este defecto, traduciéndose como debilidad de los músculos de la pared abdominal, el envejecimiento, el embarazo, la obesidad, levantamiento de objetos pesados de manera continua o la tos crónica¹⁴.

Los síntomas de una hernia inguinal pueden variar, pero comúnmente incluyen la presencia de un bulto en la ingle que puede aumentar de tamaño al realizar actividades que aumentan la presión intraabdominal. Además, los pacientes pueden experimentar molestias o dolor en la zona afectada, especialmente al realizar esfuerzos¹⁴.

El diagnóstico de una hernia inguinal generalmente se realiza mediante un examen físico realizado por el especialista, que puede confirmar la presencia de la protuberancia y evaluar su tamaño, ubicación y la dilatación del anillo profundo. (15) En algunos casos, se pueden realizar pruebas de imágenes, como una ecografía o una tomografía computarizada, para obtener más información sobre la hernia. Según el examen físico se van a dividir en hernias inguinales directas; aquellas que pasan por dentro del triángulo de Hesselbach y hernias inguinales indirectas; a aquellas que pasan por fuera de este. Los tipos de hernias inguinales se van a clasificar según la escala de Nyhus¹⁴.

- Nyhus I: Hernia inguinal indirecta pequeña, sin alteración del anillo profundo¹⁵.
- Nyhus II: Hernia inguinal mediana, con dilatación del anillo profundo, sin daño en las estructuras que forman la pared posterior y sin desplazamiento de los vasos epigástricos inferiores¹⁵.
- Nyhus IIIA: Hernia inguinal directa ¹⁵.
- Nyhus IIIB: Hernia inguinal indirecta grande, con gran dilatación del anillo profundo, daño en las estructuras que conforman la pared posterior y con desplazamiento de los vasos epigástricos inferiores¹⁵.
- Nyhus IIIC: Hernia crural ¹⁵.Nyhus IV: En este grado se encuentran las hernias recidivadas y dependiendo de las alteraciones presentes se clasificaron con el mismo orden que las anteriores¹⁵.
- El tratamiento para una hernia inguinal a menudo implica la cirugía, especialmente si la hernia causa molestias significativas, aumenta de tamaño o presenta riesgos de complicaciones como estrangulamiento, donde el tejido herniado queda atrapado y privado de sangre¹⁵.

La cirugía generalmente implica la reparación de la abertura en la pared abdominal y, en algunos casos, el uso de mallas para fortalecer la zona. Las hernias inguinales pueden repararse mediante diferentes técnicas quirúrgicas, y la elección entre técnicas con o sin tensión depende de varios factores, incluyendo la anatomía del paciente, el tamaño y tipo de hernia, así como las preferencias del cirujano. Entre estas tendremos técnicas con tensión y sin tensión¹⁵.

Técnicas Quirúrgicas de Hernia Inguinal con Tensión:

- Reparación de Bassini: una técnica más antigua que implica la reparación de la hernia mediante la aproximación de las capas musculares y aponeuróticas, creando así una barrera de contención. (15)

- Reparación de Shouldice: similar a la reparación de Bassini, pero utiliza una técnica de cuatro capas para la reparación, utilizando capas musculares y fasciales para reforzar la pared abdominal ¹⁵.

Técnicas Quirúrgicas de Hernia Inguinal sin Tensión:

- Reparación de Lichtenstein: una técnica sin tensión que utiliza una malla de polipropileno para reforzar la pared abdominal y prevenir la recurrencia herniaria. Es una técnica común y ampliamente utilizada.
- Reparación Laparoscópica: se realizan pequeñas incisiones y se introduce una cámara y herramientas quirúrgicas a través de ellas. La malla se coloca en el interior de la pared abdominal para reforzar la zona herniada.
- Reparación Abierta sin Tensión con Malla: similar a la reparación de Lichtenstein, pero con una incisión más pequeña. Se coloca una malla para reforzar la pared sin someter a los tejidos circundantes a tensión excesiva¹⁵.
- Hoy en día las técnicas quirúrgicas más utilizadas son la reparación de Lichtenstein y la laparoscópica¹⁵.

Rotación en Ginecología y Obstetricia

1.3.1. Placenta previa

La placenta previa es una entidad ginecológica que consiste en la extensión del tejido trofoblástico más allá de lo habitual, ocasionando la cobertura del orificio cervical. Es causante de hemorragias en el segundo trimestre de embarazo, la cual se caracteriza por ser de color rojo rutilante e indolora, a diferencia del sangrado producido por el desprendimiento prematuro de la placenta^{16,17}.

Existen factores de riesgo asociados a su presentación, siendo uno de los más notorios el antecedente de intervenciones uterinas previas (incluyendo cesáreas), antecedente de placenta previa anterior y gestación múltiple. No se conoce la patogénesis exacta de este cuadro, sin embargo, existen teorías que refieren que puede deberse a que, debido a zonas de decidua mal vascularizada debido a intervenciones uterinas previas en la cavidad superior, el trofoblasto crecerá direccionando hacia zonas de mayor vascularización, siendo esta la cavidad inferior del órgano mencionado^{16,17}.

El sangrado ocurre cuando inician las contracciones de Braxton-Hicks o hay cambios cervicales y en la cavidad uterina inferior, sobre todo a nivel del segmento. Asimismo, tanto el coito como los tactos vaginales pueden dar comienzo a este sangrado, por lo que una vez realizado el diagnóstico se prohíben ambos^{16,17}.

El diagnóstico se realiza por medio de ecografía transvaginal, y puede ser accidental, ya que algunas placentas previas pueden ser asintomáticas, ocurriendo entre las semanas 18 y 20 de gestación. (16,17) Existe la posibilidad de resolución espontánea, ya que el segmento uterino pasa de medir 5 mm a más de 50 mm para el término de la gestación, por lo que es posible la migración del tejido placentario desde el momento del diagnóstico hasta antes de la semana 32. (16,17) Si es que se identifica pasada esta semana o se observa persistencia de esta, se debe programar a la paciente a cesárea entre las semanas 36 y 37 6/7 de gestación^{16,17}. Existen placentas de inserción baja, las cuales se encuentran a más de 2 cm del OCI, siendo esta una de las razones por la cual es importante el seguimiento ecográfico, ya que hasta el 90 % de estas tendrán resolución espontánea, permitiendo que el parto se realice por vía vaginal. Por otro lado, las placentas marginales (a menos de 2 cm del OCI), tienen mayor riesgo de persistencia. (16,17) Es importante tener en cuenta que esta entidad muchas veces se encuentra asociada a acretismo placentario, cuya probabilidad se incrementa con cada parto por cesárea que tenga la paciente^{16,17}.

El manejo, como ya se mencionó, es principalmente el parto por cesárea entre las 36 y 37 semanas con 6/7 de gestación; asimismo, mientras se está a la espera de esto se indica a la paciente reposo absoluto^{16,17}.

1.3.2. Embarazo ectópico

El embarazo ectópico es un cuadro clínico en el que la implantación del blastocisto no se da en la cavidad uterina, sino fuera de esta. Hasta el 96% de estos casos ocurre en la trompa de Falopio, estando el 4 % restante localizado a nivel del cérvix, ovarios y cavidad abdominal^{18,19,20}.

Los factores de riesgo asociados al desarrollo de un embarazo en cualquiera de estas localizaciones incluyen: embarazo ectópico previo, enfermedad inflamatoria pélvica con gran afectación de trompas de Falopio, métodos de fertilización in vitro, dispositivos intrauterinos, entre otros^{18,19,20}.

Dentro de los segmentos de la trompa de Falopio, la mayoría de los embarazos ectópicos se dan a nivel del istmo, llevando a una ruptura temprana del saco gestacional; sin embargo, si este se llegara a dar a nivel del intersticio, puede permitir un mayor desarrollo del embrión y la ruptura tardía del saco gestacional^{18,19,20}.

Las pacientes con esta patología se presentan a la emergencia con un cuadro de dolor abdominal intenso a predominio de hipogastrio, asociado a sangrado genital de cantidad variable. Asimismo, la mayoría referirá un tiempo de amenorrea mayor o igual a 4 semanas; por otro lado, es importante tener en cuenta esta posibilidad diagnóstica si la paciente refiere una prueba de beta-hCG cualitativa positiva pero no ha sido posible la confirmación ecográfica de la gestación^{18,19,20}.

Adicionalmente, al examen ginecológico, se observará sangrado vaginal sin cambios cervicales, a diferencia de lo observado en pacientes que se presentan por un aborto en curso. Si se ha producido la ruptura del saco gestacional, el abombamiento del fondo de saco de Douglas puede ser notorio; de ser este el caso se podría realizar una culdocentesis, confirmando la ruptura con la extracción de sangre de esta cavidad^{18,19,20}.

La beta-hCG cualitativa será positiva, sin embargo, los niveles de la misma en cantidad serán menores que aquellos presentados en embarazos de implantación normal; asimismo, no se observará el incremento esperado de los valores de esta hormona cada 48 horas como sí ocurrirá en gestaciones regulares, cifra que depende de los valores de beta-hCG iniciales. El diagnóstico se confirma a través de ecografía transvaginal con la visualización de una masa a nivel de anexos o en cavidad abdominal que correspondería al saco gestacional, el cual puede encontrarse vacío o tener en su contenido al embrión en desarrollo^{18,19,20}.

Existen dos alternativas para el tratamiento de esta entidad, siendo el de preferencia en mujeres en edad fértil el abordaje con metrotexate, sin embargo, existen requisitos que se deben cumplir para que esto sea posible^{18,19,20}.

- Estabilidad hemodinámica
- Ausencia de actividad cardíaca fetal con un saco gestacional no mayor a 4 cm
- Niveles de beta-hCG menores a 5000 mUI/ml

Si existiesen signos de ruptura o ruptura inminente, así como inestabilidad hemodinámica o alguna contraindicación para el uso de metrotexate, se optará por la resección quirúrgica mediante salpingectomía o salpingostomía^{18,19,20}.

1.3.3. Distopia genital

El prolapso de órgano pélvico (POP) es una condición en la que los órganos pélvicos, como la vejiga, el útero o el recto, se desplazan de su posición normal y se deslizan hacia la vagina o hacia afuera del cuerpo. Este desplazamiento ocurre

debido a la debilidad o daño en los músculos del piso pélvico y tejidos de soporte que mantienen estos órganos en su lugar anatómico adecuado. El prolapso puede variar en gravedad y puede afectar a mujeres de todas las edades, aunque es más común en mujeres mayores y después del parto²¹.

Los factores de riesgo para el prolapso de órgano pélvico incluyen el embarazo y el parto vaginal, el envejecimiento, la obesidad, la genética, la tos crónica, la cirugía pélvica previa y ciertas condiciones médicas que afectan los tejidos conectivos. Los síntomas del prolapso de órgano pélvico pueden incluir sensación de presión o pesadez en la pelvis, dispareunia, dificultad al miccionar o realizar deposiciones, protrusión visible o sensación de un bulto en la abertura vaginal, Incontinencia urinaria o fecal, entre otros²¹.

La gravedad del prolapso se clasifica típicamente en grados del I al IV, indicando la extensión del desplazamiento de los órganos afectados. La Escala de Prolapso de Órganos Pélvicos Cuantitativa (POPQ, por sus siglas en inglés) es un sistema de clasificación utilizado para evaluar y cuantificar el POP. Fue desarrollada para estandarizar la evaluación del prolapso y proporcionar una descripción lo más precisa posible de la posición de los órganos pélvicos con respecto a las estructuras anatómicas circundantes²¹.

Se utiliza comúnmente en la práctica clínica y en la investigación, y ayuda a los profesionales de la salud a comunicarse de manera consistente acerca de la gravedad y la ubicación del prolapso. Algunos puntos clave sobre la escala POPQ son²¹.

Puntos de Referencia Anatómicos: Utiliza puntos específicos en la anatomía de la vagina y el cérvix como referencia para medir el grado de prolapso.

Medición de Distancias: Se miden las distancias en centímetros entre puntos de referencia, tanto en reposo como durante la contracción vaginal máxima.

Grados del Prolapso: La escala clasifica el prolapso en cuatro grados (I a IV). Cada grado refleja la extensión del prolapso en relación con los puntos de referencia.

- Grado 0 (cero): No hay prolapso. Los órganos pélvicos están en su posición normal.
- Grado I: Leve. El órgano prolapsado se encuentra en la parte superior de la vagina, pero no llega al introito vaginal.
- Grado II: Moderado. El órgano prolapsado llega al introito vaginal, pero no más allá de él.

- Grado III: Severo. el órgano prolapsado se proyecta más allá del introito vaginal.
- Grado IV: Completo: el órgano prolapsado está completamente fuera de la vagina.

Puntos de Referencia Clave: Incluye puntos como Ba, Bp, C, D, Ap, y posteriormente Ap durante la contracción, entre otros.

- Punto Ba (Bajo Anterior): Es el punto más bajo en la pared anterior de la vagina donde se encuentra el prolapso.
- Punto Bp (Bajo Posterior): Es el punto más bajo en la pared posterior de la vagina donde se encuentra el prolapso.
- Punto C (Cérvix): Es el punto en el cérvix donde se encuentra el prolapso.
- Punto D (Punto más distante del cérvix en la parte posterior): Es el punto más distante del cérvix en la pared posterior de la vagina donde se encuentra el prolapso.
- Punto Ap (Aperóneo anterior): Es el punto en la pared anterior de la vagina que está a 3 cm proximales al punto Ba.
- Punto Bp (Aperóneo posterior): Es el punto en la pared posterior de la vagina que está a 3 cm proximales al punto Bp.
- Punto GH (Himen genital): Es el punto donde la pared posterior de la vagina cruza con el himen o la cicatriz himeneal.
- Punto PB (Punto de Baden-Walker): Es el punto ubicado a 3 cm proximales al punto C, en la pared posterior de la vagina.

Evaluación de los Compartimentos Anterior, Medio y Posterior: La escala permite evaluar por separado el prolapso en los compartimentos anterior, medio y posterior de la vagina.

El tratamiento del POP puede variar según el grado de prolapso, los síntomas del paciente, la salud general y las preferencias individuales. Según su grado de severidad se optarán las siguientes alternativas²¹.

Grado I (Leve): en casos leves, puede no ser necesario un tratamiento activo. Se pueden recomendar medidas conservadoras, como ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico (ejercicios de Kegel) para mejorar el tono muscular y la terapia física.

Grado II (Moderado): se pueden considerar opciones conservadoras, como ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico, cambios en el estilo de vida (como

pérdida de peso si es necesario) y el uso de dispositivos pélvicos (como pesarios) para proporcionar soporte.

Grado III (Severo): para prolapso de grado III, el tratamiento puede incluir ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico y cambios en el estilo de vida. Además, se puede considerar la opción de usar un pesario para proporcionar soporte. En algunos casos, puede discutirse la posibilidad de intervenciones quirúrgicas, dependiendo de la salud general y las preferencias del paciente.

Grado IV (Completo): en casos de prolapso de grado IV, se pueden considerar intervenciones quirúrgicas más definitivas. Las opciones quirúrgicas pueden incluir reparación de tejidos (colporrafia anterior, posterior o combinada), procedimientos de suspensión vaginal (como la reparación de sacrocolpopexia), o incluso la histerectomía en casos de prolapso uterino grave.

Es crucial destacar que el tratamiento debe ser individualizado y discutido en detalle con el ginecólogo a cargo del paciente y los familiares. La elección del tratamiento dependerá de varios factores, incluyendo la salud general del paciente, la presencia de otros problemas médicos, la gravedad de los síntomas y las preferencias personales.

1.3.4. Preeclampsia

La preeclampsia es una complicación médica que puede ocurrir durante el embarazo después de las 20 semanas de gestación y, a veces, en las primeras semanas después del parto. Se caracteriza por hipertensión arterial y daño a órganos blanco como los riñones e hígado. Es una condición seria y potencialmente peligrosa tanto para la madre como para el feto. Esta se caracteriza por²².

- Hipertensión arterial: La preeclampsia se diagnostica cuando una mujer embarazada desarrolla presión arterial elevada después de las 20 semanas de gestación.
- Proteínas en la orina: Además de la hipertensión, la preeclampsia se caracteriza por la presencia de proteinuria. Esto puede detectarse mediante análisis de orina en casos de emergencia por proteínas cualitativas en orina o en casos de hospitalización con proteinuria en 24 horas.
- Daño a órganos blanco: La preeclampsia puede afectar varios órganos, como los riñones, el hígado y el cerebro. Los síntomas pueden incluir dolor en la parte superior del abdomen, cambios en la función hepática, cefaleas

de gran intensidad, cambios en la visión y otros problemas neurológicos, por este motivo es importante el uso de neuro protectores.

- Retención de líquidos: La preeclampsia puede llevar a la retención de líquidos, causando edemas en miembros superiores e inferiores y en algunos casos en rostro.
- Disminución del recuento de plaquetas: En algunos casos, la preeclampsia puede causar una disminución del recuento de plaquetas en la sangre, lo que puede aumentar el riesgo de problemas de coagulación.
- Dolor abdominal: El dolor en la parte superior del abdomen, especialmente en hipocondrio derecho, puede ser un síntoma de complicaciones graves y debe ser evaluado de inmediato.

Existen factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia entre ellos encontraremos:

- Primigesta
- Embarazo en adolescentes o en mujeres mayores de 35 años
- Embarazos múltiples
- Historial de preeclampsia en embarazos anteriores
- Obesidad
- Hipertensión crónica o enfermedad renal antes del embarazo

Se puede clasificar en dos categorías principales: preeclampsia sin signos de severidad y preeclampsia con signos de severidad²².

Preeclampsia Sin Signos de Severidad: En este caso, la mujer tiene hipertensión arterial después de las 20 semanas de gestación y presenta proteinuria. Sin embargo, no hay signos evidentes de afectación severa de órganos o síntomas graves. Los síntomas pueden ser leves y pueden incluir hinchazón en las extremidades, ganancia de peso repentina y, en ocasiones, dolores de cabeza leves²².

Preeclampsia con Signos de Severidad: La preeclampsia con signos de severidad implica la presencia de síntomas más graves o evidencia de daño a órganos. Algunos de los signos y síntomas de severidad pueden incluir²².

- Presión arterial significativamente elevada.
- Niveles de proteínas en la orina que indican daño renal más grave.
- Dolor abdominal superior, particularmente debajo de las costillas.
- Problemas hepáticos, como aumento de las enzimas hepáticas.

- Disminución del flujo sanguíneo al feto, lo que puede afectar su bienestar.
- Alteraciones en la función plaquetaria, que pueden aumentar el riesgo de problemas de coagulación.

El tratamiento de la preeclampsia varía según la presencia de signos de severidad y la salud general de la madre y el feto. A continuación, se describen en términos generales las estrategias de tratamiento para la preeclampsia con y sin signos de severidad²².

Preeclampsia sin signos de severidad:

Monitoreo Continuo: Las mujeres con preeclampsia leve se someterán a un monitoreo continuo de la presión arterial, los niveles de proteínas en la orina y la salud fetal.

Descanso y Reducción de la Actividad: En algunos casos, se puede recomendar el descanso en cama y la reducción de la actividad para controlar los síntomas.

Control de la Presión Arterial: Se pueden administrar medicamentos antihipertensivos para mantener la presión arterial dentro de límites seguros como el nifedipino.

Monitoreo Fetal: Es esencial realizar un monitoreo fetal frecuente para evaluar el bienestar del feto.

Pruebas Adicionales: Se pueden realizar análisis de sangre y pruebas de función hepática para evaluar la salud materna.

Preeclampsia Con Signos de Severidad:

Hospitalización: La preeclampsia con signos de severidad puede requerir hospitalización para un monitoreo y manejo más intensivos.

Control Agresivo de la Presión Arterial: Se pueden administrar medicamentos antihipertensivos de manera más agresiva para controlar la presión arterial.

Corticosteroides para la maduración pulmonar: Si se anticipa un parto prematuro, se pueden administrar corticosteroides para mejorar la maduración pulmonar del feto hasta las 34 semanas de gestación.

Monitoreo Continuo de la Salud Materna y Fetal: El monitoreo continuo de la salud materna y fetal es esencial para detectar cualquier empeoramiento de la condición.

Culminación del embarazo: En casos más graves, puede ser necesario inducir el parto o realizar una cesárea para proteger la salud de la madre y el feto.

Es importante destacar que el tratamiento específico puede variar según la situación clínica individual, y las decisiones deben ser tomadas por el equipo

médico en consulta con la paciente. La preeclampsia es una condición seria y el manejo adecuado es esencial para prevenir complicaciones graves²².

Rotación en Pediatría

1.4.1. Neumonía bacteriana

La neumonía bacteriana es una patología infecciosa que afecta al parénquima pulmonar; tiene etiología variable, la cual depende de la edad y el sitio donde se contrajo la infección^{23,24,25}.

En el caso de niños mayores de 5 años, como lo es la paciente del caso presentado, la causa bacteriana más común es *S. pneumoniae*. El contagio se produce mediante gotas que contienen al microorganismo, las cuales son expulsadas por un huésped ya contaminado. La infección inicia con la colonización de la nasofaringe, y la consecuente migración hacia estructuras pertenecientes a las vías aéreas inferiores^{23,24,25}.

El paciente se presentará principalmente con fiebre y taquipnea, en algunos casos asociados a tos. Asimismo, los niños mayores de 5 años pueden presentar dolor pleurítico o dolor abdominal con rigidez de nuca, por la irradiación de los lóbulos inferiores y apicales respectivamente. Los picos febriles generalmente llegan a temperaturas $\geq 39^{\circ}\text{C}$ y, si existe compromiso extenso, el paciente presentará signos de dificultad respiratoria tales como tirajes, cianosis y/o aleteo nasal, los cuales se verán reflejados en los niveles de saturación de oxígeno^{23,24,25}.

Al examen físico preferencial, las alteraciones más notorias serán a la auscultación, presentando crépitos y/o subcrépitos, así como soplo tubárico asociado a una disminución o abolición del pasaje del murmullo vesicular. Asimismo, a la palpación puede haber presencia de pectoriloquia y frémito palpable^{23,24,25}.

El diagnóstico es principalmente clínico, confirmándose con la presencia de una imagen radiopaca que afecta a 1 o más lóbulos pulmonares en la radiografía de tórax, consistente con la zona de consolidación creada por la infección. Asimismo, se recomienda que la incidencia evaluada no sea solo la posteroanterior sino también la lateral^{23,24,25}.

Por otro lado, dentro de los exámenes de laboratorio, puede ser de ayuda el hemograma, sobre todo el conteo de leucocitos, los cuales de tener un valor mayor o igual a 15 000, podrían indicarnos la presencia de una neumonía de etiología viral, a excepción de casos en los que los pacientes se encuentren con cuadros severos en los que existe neutropenia con desviación izquierda^{23,24,25}.

El manejo puede ser ambulatorio u hospitalario, existiendo criterios que determinarán si el paciente debe ser hospitalizado o no; estos son^{23,24,25}.

- Nivel de saturación de oxígeno menor a 90% o imposibilidad de mantener una saturación de oxígeno por encima de 92% sin apoyo oxigenatorio.
- Deshidratación o intolerancia a la vía oral
- Apariencia tóxica
- Dificultad respiratoria de moderada a severa, reflejada en la frecuencia respiratoria, la cual alcanza rangos de 50 rpm a más
- Complicaciones como empiema, derrame o efusión pleural
- Comorbilidades que faciliten el empeoramiento del cuadro

El tratamiento antibiótico es empírico, siendo el fármaco de elección la amoxicilina o amoxicilina con ácido clavulánico a dosis de 90 mg/kg/día dividido en 3 dosis en pacientes que serán tratados de forma ambulatoria. Para pacientes hospitalizados, se recomienda el uso de cefalosporinas de tercera generación, en asociación o no a macrólidos, siendo de elección la azitromicina^{23,24,25}.)

1.4.2. Bronquiolitis aguda

La bronquiolitis aguda se define como el primer cuadro de sibilantes en todo niño menor de 2 años. Es considerado un síndrome obstructivo bronquial, y la severidad de su presentación, así como el uso de determinados medicamentos para su manejo, dependerá de los antecedentes familiares patológicos del niño, así como su respuesta a los mismos²⁶.

El 70% de los casos son ocasionados por la colonización del tracto respiratorio por el virus respiratorio sincitial (VSR), la cual inicia como una infección que compromete la nasofaringe y, luego de 3 a 5 días, desciende a las vías inferiores²⁶. Los factores de riesgo asociados al desarrollo de esta enfermedad se encuentran en relación con el medio ambiente y el estilo de vida del paciente. La ausencia de lactancia materna exclusiva, presencia de fumadores y exposición constante al tabaco, asistencia a guarderías y la pobreza y/o hacinamiento son algunos de los más resaltantes²⁶.

Asimismo, existen condiciones que determinarán un cuadro de gran severidad, tales como la edad menor de 3 meses y la presencia de alguna enfermedad crónica adicional como cardiopatías o enfermedades pulmonares, inmunodeficiencias, prematuridad y desnutrición²⁶.

El cuadro clínico consiste en tos persistente asociada a sibilancias o estertores a la auscultación, con o sin fiebre concomitante y taquipnea. Asimismo, el paciente presentará signos de dificultad respiratoria, tales como tirajes, aleteo nasal, boqueo o apnea en caso de lactantes menores de 2 meses²⁶.

Este cuadro debe haber sido precedido por un periodo de aproximadamente 3 a 5 días de síntomas catarrales, diferenciándolo de otros cuadros respiratorios. Asimismo, el paciente puede presentar dificultad para la lactancia, por lo que se debe tener en cuenta los signos de deshidratación al examen físico²⁶.

El diagnóstico es clínico, no requiere de exámenes auxiliares, solo se realizan en aquellos casos en los que se determina necesario el descarte de otras patologías respiratorias, ya sea por las comorbilidades del paciente o duda en cuanto a la presentación y cronología de la sintomatología. El tratamiento dependerá del grado de severidad presentado; se deben buscar criterios de hospitalización, siendo los principales²⁶.

- Edad menor a 3 meses
- Saturación de oxígeno menor a 92%
- Dificultad para la alimentación
- Comorbilidades
- Incapacidad del cuidador para brindar soporte adecuado
- Inaccesibilidad a un centro de salud de presentarse signos de alarma
- Signos de dificultad respiratoria

De no existir ninguno de estos y no se necesario el soporte ventilatorio para mantener niveles de saturación de oxígeno adecuados, el paciente podrá ser tratado de forma ambulatoria con medidas de soporte²⁶.

- Mantener vía aérea permeable, limpiando las fosas nasales de secreciones a demanda utilizando suero fisiológico 0.9%
- Garantizar adecuada alimentación e ingesta de líquidos, fomentando la continuación de la lactancia materna.
- Se utilizará paracetamol en dosis por kilogramo de peso si el paciente llegara a presentar una temperatura corporal mayor o igual a 38°C.
- No utilizar antihistamínicos y/o antitusígenos
- Educar a los cuidadores sobre los signos de alarma

Por el contrario, habrá pacientes que requerirán de soporte ventilatorio, el cual será dado inicialmente a través de cánula binasal de 1 a 4 litros de acuerdo a necesidad.

Asimismo, la nebulización se indicará con suero fisiológico al 0.9% y, de existir factores de riesgo para asma, se podrá indicar nebulizaciones con broncodilatadores como salbutamol previa prueba terapéutica positiva. No está indicado el uso rutinario de antibióticos ni corticoides sistémicos en pacientes con este cuadro²⁶.

1.4.3. Otitis media aguda

La otitis media aguda (OMA) es una infección del oído medio, la cavidad detrás del tímpano. Esta afección es común, especialmente en niños, pero también puede afectar a personas de todas las edades. Esta tiene como principales causas la secuela de una infección viral o bacteriana a las vías respiratorias altas como el caso de una rinofaringitis y esta se da por la conexión existente entre el oído medio y la faringe posterior por la trompa de Eustaquio. Los agentes causales más frecuentes en esta patología son bacterias como *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Moraxella catarrhalis*²⁷.

Por lo general se caracteriza por tener cuadros de fiebre persistente que no cede con antipiréticos acompañado de dolor en el oído, ya que observamos la persistencia del niño por rascar la zona afectada, en algunos casos podría haber problemas de audición debido al abombamiento de la membrana timpánica y el conducto del oído medio, también se podría observar secreción purulenta en algunos casos más complicados²⁷⁶.

El diagnóstico de la otitis media aguda (OMA) generalmente se realiza mediante la evaluación de los síntomas clínicos y la observación del oído afectado por un pediatra o un otorrinolaringólogo. El médico recopilará información sobre los síntomas del paciente, incluyendo dolor de oído persistente, problemas de audición, fiebre y cualquier otro síntoma relevante sugestivo de un OMA, así mismo se debe de realizar un examen físico con ayuda de un otoscopio para observar el tímpano y las estructuras circundantes. Un tímpano inflamado, enrojecido, abultado o con secreción purulenta puede ser indicativo de otitis media aguda. En casos particulares, el médico puede considerar la realización de pruebas adicionales, como análisis de sangre, si hay dudas sobre la gravedad de la infección o si se sospecha la presencia de complicaciones. Es de suma importancia diagnóstica la observación del paciente debido a que en su mayoría al ser niños no pueden expresarse con claridad a comparación de los adultos²⁷.

El tratamiento de la OMA puede variar según la causa subyacente (bacteriana o viral), la gravedad de los síntomas y la edad del paciente. Como pilares del tratamiento para esta tendremos²⁷⁶.

- Analgesia: Medicamentos como el paracetamol o el ibuprofeno pueden ayudar a aliviar el dolor y reducir la inflamación.
- Antipiréticos: En pacientes con fiebre persistente es de suma importancia el uso de estos medicamentos con dosis reguladas por los médicos tratantes.
- Antibioticoterapia: Es de suma importancia saber los antecedentes del paciente, en caso de una faringoamigdalitis bacteriana si se ha tenido conocimiento del patógeno causal se emplearán antibióticos que tengan cobertura ante este, así como si ha habido un tratamiento previo lo más probable es que la cepa que este generando el cuadro actual sea una población resistente al medicamento previamente usado. En casos donde no se sepa la bacteria que genera la enfermedad se optara por el uso de amoxicilina a dosis altas de 80 mg por kilo de peso por 7 días. Es importante completar el curso completo de antibióticos, incluso si los síntomas mejoran antes de tiempo.

1.4.4. Tos ferina

La tos ferina, también conocida coqueluche es una infección respiratoria bacteriana altamente contagiosa causada por la bacteria *Bordetella pertussis*. La enfermedad es conocida por provocar ataques de tos violenta y persistente, a menudo acompañada por un característico sonido inspiratorio semejante al ladrido de perro. Se transmite principalmente de persona a persona a través de gotitas respiratorias expulsadas durante los ataques de tos y es altamente contagiosa, por lo que es de suma importancia la vacunación para disminuir la tasa de afectados por esta. La tos ferina va a estar caracterizada por fases las cuales van a estar divididas en²⁸.

- Fase catarral: Inicia con síntomas similares a los de la rinofaringitis, como congestión nasal, estornudos, fiebre y tos leve. Esta fase puede durar de 1 a 2 semanas.
- Fase paroxística: La tos se intensifica y se vuelve más grave. Los ataques de tos son frecuentes y pueden llevar a episodios de jadeo o vómitos. Estos ataques de tos pueden durar varias semanas o meses y son característicos del coqueluche.

- Fase de convalecencia: La intensidad de la tos comienza a disminuir gradualmente. Esta fase puede durar semanas o incluso meses, y la recuperación completa puede llevar tiempo.

Su diagnóstico consta de varios exámenes tanto físicos como laboratoriales entre los cuales destacan²⁸.

Antecedentes médicos: se recopilará información sobre los antecedentes médicos del paciente, incluyendo síntomas actuales, historial de vacunación y posibles exposiciones a personas con tos ferina.

Fases de la enfermedad: se prestará atención a la presencia de fases específicas de la enfermedad.

Examen físico: el médico realizará un examen físico, prestando atención a los signos característicos de la tos ferina, como la tos intensa y los sonidos inspiratorios agudos después de los ataques de tos.

Cultivo de *Bordetella pertussis*: El método de diagnóstico definitivo es el cultivo de la bacteria *Bordetella pertussis* a partir de muestras tomadas de la vía aérea superior.

Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR): Las pruebas de PCR pueden detectar el material genético de *Bordetella pertussis* con mayor sensibilidad y rapidez que los cultivos.

Serología: las pruebas serológicas pueden medir los niveles de anticuerpos contra *Bordetella pertussis*, pero su utilidad clínica puede ser limitada, especialmente en fases avanzadas de la enfermedad.

Exposición a Casos Confirmados: la confirmación de la tos ferina puede basarse en la exposición a casos confirmados y la presentación clínica característica, incluso si las pruebas de laboratorio no están disponibles o son negativas.

El tratamiento de la tos ferina generalmente implica el uso de antibióticos, cuidados de apoyo y medidas para prevenir la propagación de la infección. Las medidas de suma importancia a tomar son las siguientes²⁸⁶.

Antibioticoterapia: Los antibióticos macrólidos, como la azitromicina, claritromicina o eritromicina, son comúnmente utilizados para tratar la tos ferina, especialmente en las fases tempranas de la enfermedad. Estos antibióticos pueden ayudar a reducir la duración de la infección y la gravedad de los síntomas. El tratamiento de elección es la azitromicina 10 mg por kilo por 5 días.

Hidratación: Mantener una buena hidratación es esencial, especialmente durante los ataques de tos que pueden provocar deshidratación.

Antitusígenos (en casos excepcionales): En general, no se recomienda el uso de antitusígenos, ya que la tos tiene un propósito importante en la eliminación de las secreciones respiratorias. Sin embargo, en algunos casos, el médico puede recomendar ciertos medicamentos para aliviar la tos.

Aislamiento: Evitar el contacto cercano con personas no infectadas, especialmente con bebés y mujeres embarazadas.

Vacunación: La vacunación es clave para la prevención de la tos ferina. Las personas deben seguir el programa de vacunación recomendado, incluyendo refuerzos en la adolescencia y en la edad adulta.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico de los autores se llevó a cabo en dos establecimientos de salud de diferente complejidad: el Hospital María Auxiliadora y el Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján.

Durante los primeros 5 meses, los autores realizaron su rotación hospitalaria en el establecimiento mencionado; durante este periodo tuvieron la oportunidad de poner en práctica los conocimientos teóricos adquiridos en años previos y durante las actividades académicas realizadas en cada servicio.

Al haber un gran flujo de pacientes, sobre todo en los servicios de emergencia, las labores realizadas fueron principalmente asistenciales bajo la supervisión de los médicos residentes de primer año de cada especialidad. Asimismo, adquirieron conocimientos relacionados al manejo y gestión interna de un hospital, aprendiendo labores administrativas necesarias para dirigir cualquiera de los ambientes presentes en los diversos servicios por los cuales rotaron.

Por otro lado, para los siguientes 5 meses, se trasladaron al centro de salud, donde sus labores también fueron de carácter asistencial, en su mayoría, sin embargo, cobró mayor relevancia la atención de consultorio más que la de emergencia y hospitalización, como sí lo fue durante los meses previos.

Además, en este establecimiento se les hizo hincapié en las estrategias ideadas para la prevención y promoción de diversas enfermedades transmisibles y no transmisibles de gran incidencia en la población asignada a su centro. Adicionalmente, tuvieron la oportunidad de salir a realizar actividades al campo en conjunto con los servicios de ESNI y CERITS, con el fin de reforzar en la población hábitos saludables y tener una mayor participación en la comunidad que permitió una mejor comunicación con la población y mayor facilidad para el tratamiento y seguimiento de las patologías presentes.

La experiencia adquirida durante los 10 meses de duración del internado médico ha sido de invaluable relevancia, permitiendo que los autores hayan culminado este año lectivo teniendo mucha más confianza en sus conocimientos y habilidades clínicas, preparándolos para los desafíos futuros

en su trayectoria profesional, como lo será el Servicio Rural Urbano Marginal (Serum) y la residencia médica cuando decidan postular a alguna especialidad.

Los autores consideran que, si bien la labor de interno de medicina es extenuante no solo física sino también emocionalmente, es importante que todos los estudiantes de medicina atraviesen este capítulo en su formación profesional, con el fin de que las universidades y facultades de medicina a nivel nacional puedan asegurarse que los profesionales que egresan de sus casas de estudio se encuentren preparados para ejercer las labores de un médico.

CONCLUSIONES

1. El internado médico es el año de formación profesional de mayor importancia en la trayectoria de un futuro médico, ya que permite adquirir habilidades prácticas que permiten su desenvolvimiento en el campo clínico y quirúrgico, asimismo, otorga competencias que resultan en una mejora en la relación médico-paciente, la cual favorecerá en el futuro el éxito de los diversos tratamientos planteados.
2. El conocimiento teórico adquirido durante los seis años previos de estudios universitarios es condensado en este último año, siendo contrastados con las técnicas y esquemas que se emplean en el ámbito hospitalario y su forma de aplicación, la cual es cíclica en el caso de varias patologías, permitiendo al médico en formación hacer uso de la repetición espaciada con el fin de diagnosticar y tratar la enfermedad presentada por el paciente de acuerdo a las guías de manejo conocidas hasta el momento, potenciando así su curva de aprendizaje y solidificando las bases obtenidas.
3. Los autores, al haber realizado su internado médico en dos establecimientos diferentes, tuvieron la oportunidad de comparar el funcionamiento de centros de salud de diferente nivel de complejidad, encontrando diferencias significativas entre la atención dada y roles ejercidos en el primer nivel de atención y un hospital. En el Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján, como en muchos de sus similares, las actividades de promoción y prevención cobran gran relevancia, basando la atención del paciente en el enfoque de salud integral según ciclo de vida, teniendo como objetivo el cubrir las necesidades de cada individuo.
4. El diagnóstico temprano es más probable en este nivel debido a que cuenta con un menor flujo de pacientes en comparación con el tercer nivel; además, estos centros otorgan mayor facilidad para el seguimiento del paciente, así como una mayor y más rápida disponibilidad para el mismo en cuanto a la adquisición de citas para su consulta en los diversos servicios.
5. Esta experiencia permite también la preparación del personal de salud en formación con miras hacia el Servicio Rural Urbano Marginal

(Serum), en el que no solo hará uso de sus conocimientos clínicos, sino también de habilidades administrativas y de gestión, ya que cumplirá no solo el rol de médico, sino que también, en algunos casos, de jefe del centro de salud al cual sea asignado.

6. De igual manera, y debido a la limitación en cuanto a recursos materiales y humanos, permite desenvolverse en escenarios extremos en los que se debe hacer uso del criterio clínico con la finalidad de clasificar a los pacientes de acuerdo con prioridades de atención y distribuir los recursos disponibles entre los mismos.
7. Finalmente, la rotación en los dos establecimientos de salud permitió a los autores experimentar escenarios clínicos de diversa complejidad, ayudando así a la ganancia de experiencia no solo en enfermedades cotidianas, sino también en aquellas consideradas raras o infrecuentes.

RECOMENDACIONES

1. Prolongar la duración del internado médico con la finalidad de permitir que los alumnos tengan la oportunidad de rotar por los diferentes servicios una mayor cantidad de tiempo, permitiendo la adquisición de mayor experiencia en los ámbitos correspondientes.
2. En el caso del Hospital María Auxiliadora, prolongar la duración de la rotación hospitalaria, debido a que este será el escenario laboral de la mayoría de los egresados, así como por el mayor flujo de pacientes y la complejidad de los casos de estos, permitiendo un aprendizaje más efectivo.
3. Ampliar el acceso a las diferentes especialidades encontradas en el hospital, sobre todo los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y trauma shock, ya que sería de crucial importancia para la atención de pacientes de alto riesgo vital.
4. Incrementar la cantidad de horas destinadas a actividades académicas durante la rotación por los diversos servicios, a fin de permitir la asociación entre lo observado y practicado durante la atención del paciente y la teoría respectiva.
5. Programación de guardias nocturnas en los tópicos de emergencia para los internos de medicina del Hospital María Auxiliadora, debido a que los autores consideran que estas son fundamentales para su formación, así como para ganar experiencia en las especialidades de mayor flujo de pacientes como lo son Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, y Ginecología y Obstetricia.
6. Mejorar el abastecimiento de los centros de salud mencionados, ya que los autores observaron la carencia de materiales que son utilizados en procedimientos diarios, obligando a que los pacientes, quienes muchos son de bajos recursos, tengan que realizar la compra de lo faltante, alargando o anulando la realización de un procedimiento necesario para el diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad que padecen.
7. Mejorar las condiciones laborales de los internos de medicina implementando la distribución de Equipo de Protección Personal (EPP), alimentación durante las guardias programadas y un ambiente

para guardar sus pertenencias durante las horas que permanezcan en el hospital.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Minsa. Resolución Directorial N°473-2023 [Internet] 2023 [citado el 9 de enero de 2024] Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/4369475-473-2023-oggrh-minsa>.
2. Plataforma digital única del Estado Peruano: Hospital María Auxiliadora [Internet] 2023 [citado el 9 de enero de 2024] Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/hma/institucional>.
3. Nova, A. Incidencia de pielonefritis aguda en el embarazo, tasa de curación microbiológica y resultados maternos en la Clínica Foscal Floridablanca, Colombia [Internet] 2020 [citado el 1 de febrero de 2024] Disponible en: https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/7316/20_20_Tesis_Nathalia_Nova.pdf?sequence=1
4. MINSA. Norma técnica de salud para el cuidado integral de la persona afectada por tuberculosis, familia y comunidad [Internet] 2023 [citado el 1 de febrero de 2024] Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4326959/Norma%20Técnica%20de%20Salud%20%28Parte%201%29.pdf?v=1679925179>
5. MINSA. Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) [Internet] 2020 [citado el 31 de enero de 2024] Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1482085/Resoluci%C3%B3n%20Ministerial%20N%C2%B01024-2020-Minsa.PDF>
6. Sax, P. Acute and early HIV infection: Clinical manifestations and diagnosis [Internet] 2022 [citado el 30 de enero de 2024] Disponible en: https://sso.uptodate.com/contents/acute-and-early-hiv-infection-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=vih&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H958156
7. Loscalzo, J, Kasper, D, Longo, D et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. Edición N°21. Nueva York: McGraw Hill; 2022.

8. Spelman, D, Baddour, L. Acute cellulitis and erysipelas in adults: Treatment [Internet] 2023 [citado el 30 de enero de 2024] Disponible en: https://sso.uptodate.com/contents/acute-cellulitis-and-erysipelas-in-adults-treatment?search=cellulitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H770209968
9. Yegros, C, Lezcano, D, Ferreira, M et al. Evaluación de la Escala de Alvarado en el diagnóstico clínico de la apendicitis aguda en el Servicio de Urgencias del Hospital Nacional de Itauguá en los años 2018 y 2019 [Internet] 2022 [citado el 29 de enero de 2024] Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1372749/a05.pdf>
10. Hernández, J. Clasificación práctica de la gravedad y manejo médico-quirúrgico de la apendicitis aguda [Internet] 2020 [citado el 29 de enero de 2024] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101395#:~:text=clasificaciones%20de%20apendicitis%20aguda&text=La%20m%C3%A1s%20utilizada%20de%20forma,necrosada%20y%20fase%204%20perforada.>
11. Martin, R. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis [Internet] 2022 [citado el 29 de enero de 2024] Disponible en: https://sso.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=acute+apendicitis&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2
12. Zakko, S, Afdhl, N. Acute calculous cholecystitis: Clinical features and diagnosis [Internet] 2022 [citado el 29 de enero de 2024] Disponible en: https://sso.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=colecistitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~130&usage_type=default&display_rank=1
13. Vollmer, C, Zakko, S, Afdhal, N. Treatment of acute calculous cholecystitis [Internet] 2022 [citado el 29 de enero de 2024] Disponible en: https://sso.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?search=colecistitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~130&usage_type=default&display_rank=2#H1937215

14. Jimenez, M, Mandava, N. Anorectal Fistula [Internet] 2023 [citado el 1 de febrero de 2024] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560657/>
15. Niebuhr, H, Köckerling, F, Fortelny, R et all. Inguinal hernia operations- Always outpatient? [Internet] 2023 [citado el 1 de febrero de 2024] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9950173/>
16. Lockwood, C, Russo, K. Placenta previa: Epidemiology, clinical features, diagnosis, morbidity and mortality [Internet] 2023 [citado el 28 de enero de 2024] Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/placenta-previa-epidemiology-clinical-features-diagnosis-morbidity-and-mortality?search=placenta%20previa&source=search_result&selectedTitle=2~125&usage_type=default&display_rank=2
17. Anderson, F, Sze, A. Placenta previa [Internet] 2023 [citado el 28 de enero de 2024] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539818/>
18. Tulandi, T. Ectopic pregnancy: Epidemiology, risk factors, and anatomic sites [Internet] 2023 [citado el 28 de enero de 2024] Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-epidemiology-risk-factors-and-anatomic-sites?search=ectopic%20pregnancu&topicRef=5487&source=see_link#H20
19. Tulandi, T. Ectopic pregnancy: Clinical manifestations and diagnosis [Internet] 2024 [citado el 28 de enero de 2024] Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=ectopic%20pregnancu&topicRef=5481&source=see_link#H2
20. Tulandi, T. Ectopic pregnancy: Choosing a treatment [Internet] 2024 [citado el 28 de enero de 2024] Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-choosing-a-treatment?sectionName=Choosing%20between%20methotrexate%20>

and%20surgery&search=ectopic%20pregnancu&topicRef=5487&anchor=H2976630177&source=see_link#H2976630177

21. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prolapso de Órganos Pélvicos [Internet] 2020 [citado el 1 de febrero de 2024] Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n1/11_Prolapso_de_los_organos_pelvicos_2019.pdf
22. Jung, E, Romero, R, Yeo, L et all. The etiology of preeclampsia [Internet] 2022 [citado el 1 de febrero de 2024] Disponible en: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(21\)02585-0/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(21)02585-0/fulltext)
23. Barson W. Pneumonia in children: Epidemiology, pathogenesis, and etiology [Internet] 2023 [citado el 31 de enero del 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pneumonia-in-children-epidemiology-pathogenesis-and-etiology?search=NEUMONIA&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4#H10
24. Barson W. Community-acquired pneumonia in children: Clinical features and diagnosis [Internet] 2023 [citado el 31 de enero del 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/community-acquired-pneumonia-in-children-clinical-features-and-diagnosis?search=NEUMONIA&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H20
25. Barson W. Community-acquired pneumonia in children: Outpatient treatment [Internet] 2023 [citado el 31 de enero del 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/community-acquired-pneumonia-in-children-outpatient-treatment?search=neumonia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H9
26. MINSA. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis aguda en niños menores de 2 años [Internet] 2019 [citado el 31 de enero del 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/Minsa/4930.pdf>
27. Danishyar, A, Ashurst, J. Acute Otitis Media [Internet] 2023 [citado el 1 de febrero de 2024] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470332/>

28. Yesquen, P, Herrera, E, Escalante, R. Características clínicas y epidemiológicas de tos ferina en pacientes hospitalizados en un hospital de tercer nivel de Perú [Internet] 2019 [citado el 1 de febrero de 2024] Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/p5zwjSsChg6kbdQBLqNSsjr/https://www.scielo.br/j/rbti/a/p5zwjSsChg6kbdQBLqNSsjr/>