

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO - HOSPITAL
VITARTE, EN LOS CENTROS DE SALUD: MANYLSA Y VIRGEN
DEL CARMEN- LA ERA EN LOS MESES DE JUNIO 2022-
MARZO 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

ROLANDO VÁSQUEZ PASQUEL

TOMÁS JOAQUÍN MILLA ALTABÁS

ASESOR

EDWIN LUIS LLAJARUNA ZUMAETA

LIMA - PERÚ

2023



**Reconocimiento
CC BY**

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO - HOSPITAL
VITARTE, EN LOS CENTROS DE SALUD: MANYLSA Y
VIRGEN DEL CARMEN- LA ERA EN LOS MESES DE JUNIO
2022- MARZO 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

**ROLANDO VÁSQUEZ PASQUEL
TOMÁS JOAQUÍN MILLA ALTABÁS**

**ASESOR
ME. EDWIN LUIS LLAJARUNA ZUMAETA**

LIMA, PERÚ

2023

JURADOS

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro. Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

A mis padres, hermanos, amigos y, en especial, a Carlos Gabriel Pérez Torres; quienes nos brindaron un apoyo incondicional durante este periodo de formación de nuestra vida profesional y personal

AGRADECIMIENTO

A todos aquellos que han formado parte de nuestra vida, los cuales han influenciado a lo largo de este periodo, dando consejos, apoyándonos y motivándonos.

ÍNDICE

PORTADA	i
JURADOS	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE	v
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	2
1.1 Rotación en Medicina Interna.....	2
1.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia.....	15
1.3 Rotación en Pediatría.....	24
1.4 Rotación en Cirugía.....	31
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	45
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	47
3.1. Rotación en Medicina Interna.....	47
3.2. Rotación en Ginecología y Obstetricia.....	57
3.3. Rotación en Pediatría.....	62
3.4 Rotación en Cirugía.....	68
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	78
CONCLUSIONES.....	80
RECOMENDACIONES.....	81
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	82

RESUMEN

Este informe describe las vivencias durante el internado llevado a cabo en el Hospital Vitarte desde junio del 2022 hasta octubre del mismo año, así como en los centros de salud Manylsa y Virgen del Carmen - La Era desde noviembre del 2022 hasta el 31 de marzo del 2023. El **objetivo** fue detallar la ejecución de las prácticas académicas correspondientes a los servicios de Pediatría, Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia durante el transcurso del año 2022 y 2023. Su **desarrollo** se llevó a cabo la recopilación de casos clínicos en varias especialidades con el objetivo de aplicar en la práctica clínica los temas teóricos aprendidos. Además, se realizó una comparación entre el manejo de los casos en el hospital y las guías clínicas del Ministerio de Salud del país. En **conclusión**, esta etapa es un momento de una elevada relevancia, debido a que para los estudiantes de medicina humana pone en práctica todo lo adquirido a lo largo de su período universitario y hospitalario con la finalidad de tener la capacidad resolutive cuando ya seamos profesionales de salud.

ABSTRACT

This report describes the experiences during the internship carried out at Hospital Vitarte from June 2022 to October of the same year, as well as at the health centers Manylsa and Virgen del Carmen - La Era from November 2022 to March 31, 2023. The **objective** was detail the execution of academic practices corresponding to the services of Pediatrics, Internal Medicine, General Surgery, and Gynecology and Obstetrics during the course of 2022 and 2023. Its **development:** involved the compilation of clinical cases in various specialties with the aim of applying theoretical topics learned into clinical practice. In addition, a comparison was made between the management of cases in the hospital and the clinical guidelines of the Ministry of Health of the country. In **conclusion:** This stage is a moment of high relevance, because for human medicine students it puts into practice everything acquired throughout their university and hospital period in order to have the problem-solving capacity when we are already health professionals.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO
O - HOSPITAL VITARTE, EN LOS CENTROS
DE SALUD: MANYLSA Y VIRGEN DEL**

AUTOR

ROLANDO VÁSQUEZ PASQUEL

RECuento DE PALABRAS

18558 Words

RECuento DE CARACTERES

101907 Characters

RECuento DE PÁGINAS

95 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

2.0MB

FECHA DE ENTREGA

Mar 31, 2023 10:18 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Mar 31, 2023 10:19 AM GMT-5


● **8% de similitud general**

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

- 7% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



Dr. EDWIN LLAJARUNA ZUMAETA
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
CMP: 47873 RNE: 21621

FIRMA

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0418-871X>

INTRODUCCIÓN

La formación práctica es un aspecto crucial en la carrera de un estudiante de medicina. Las prácticas en el hospital ofrecen una oportunidad invaluable para aplicar los conocimientos teóricos en un ambiente clínico real y permiten que los estudiantes trabajen junto a médicos y otros profesionales de la salud para brindar atención médica de alta calidad a los pacientes.

No obstante, con la llegada de la pandemia por COVID-19, el tiempo de Internado Médico disponible para los estudiantes de medicina, se redujo de 12 meses a solo cinco meses Hospitalarios y 5 meses en centros de salud. A pesar de esta limitación, es importante reconocer que las prácticas hospitalarias siguen siendo fundamentales.

Además, las prácticas en centros de salud por 5 meses pueden ayudar a los estudiantes a ver la realidad de la red de salud peruana y a comprender los desafíos que estos enfrentan en el país.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Rotación en Medicina Interna

1.1.1 Caso 1

Paciente LGPE femenino de 70 años Procedente de Lima, Ate

- **Antecedentes generales:** Hábitos nocivos: no consume alcohol ni drogas ilícitas. Actividad sexual: no tiene relaciones sexuales. Fármacos: Los medicamentos que consume incluyeron atenolol, lisinopril, metformina, simvastatina, diazepam, ibuprofeno, oxicodona, aspirina y suplementos de calcio.
- **Antecedentes patológicos:** Diabetes *mellitus* 2 durante más de 10 años, hipertensión, hipercolesterolemia, enfermedad por reflujo gastroesofágico que fue tratada con amoxicilina, claritromicina y omeprazol, deficiencia de vitamina D, osteoartritis y exposición al virus de la hepatitis B.
- **Antecedentes quirúrgicos:** Niega
- **Antecedentes familiares:** Niega

Relato

- Paciente de sexo femenino de 70 años hace referencia que desde hace 11 semanas, aproximadamente, días después de recibir las vacunas antineumocócica y antitetánica-difteria-tos ferina, sufrió de fiebres subjetivas y escalofríos adicionándose después de unas horas una diarrea episódica que comenzó después de un ciclo de antibióticos. Se hicieron los exámenes respectivos y se detectó *Campylobacter jejuni*; sin embargo no se le dio tratamiento y la fiebre y diarrea se resolvieron solas.
- Dos semanas antes de recibirla en el centro de salud, comenzó a tener dolor lumbar que se irradia al muslo izquierdo, la cual solucionó en el centro de salud cercano a su hogar con oxicodona, ibuprofeno y un relajante muscular y fue dada de alta con fisioterapia
- A los 6 días de la llegada del paciente a nuestro centro de salud refirió aumento del dolor lumbar que se irradió a las rodillas. El día de la admisión,

refirió aumento de la temperatura de 39,4 a 40,5 grados asociada a escalofríos, sudores y disminución del apetito acompañado de dolor de espalda y piernas de nueva aparición.

Examen físico

- Funciones Vitales: PA: 150/63, FR: 18 rpm, FC: 70 lpm, SatO2: 97 % mientras el paciente respiraba aire ambiente, T axilar: 38.7 °C temperatura axilar, Peso: 54.3 kg, Talla: 1.60, IMC: 1
- Apariencia general: REG, BEN, BEH, colaborador, decúbito dorsal activo.
- Piel y mucosas: Tibia, elástica, húmeda, no se encuentran lesiones
- SNC: Activo, despierto, LOTEP. Pupilas isocóricas y reactivas a la luz. No rigidez en el cuello. No hay alteraciones en pares craneales.
- TyP: MV pasa bien en ACP. No hay RALES.
- CV: RCR, buena intensidad, no se auscultan soplos
- Abdomen: Blando/depresible, RHA presentes, no se palpan masas
- Linfáticos: No se palpan adenopatías
- Locomotor: Dolor a la palpación en el ángulo costovertebral bilateral y no hay dolor a la palpación de la línea media a lo largo de la columna. El resto del examen es normal.

Impresión diagnóstica

- Tuberculosis
- Brucelosis
- Infecciones Piógenas

Plan de trabajo

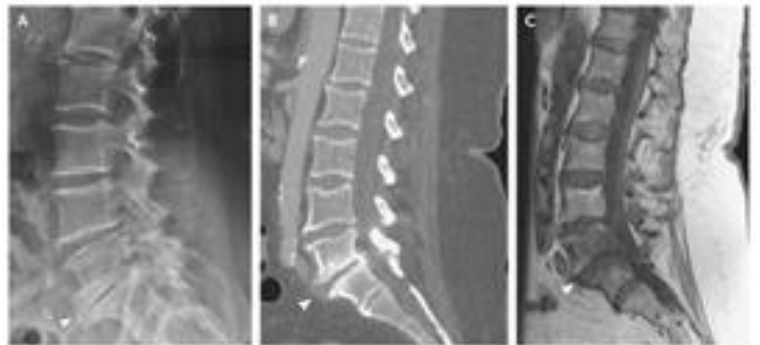
- Se solicitan exámenes hematológicos, bioquímicos, PCR, procalcitonina, VSG, ferritina, dímero D, albúmina, análisis de orina, análisis de tuberculina, factor reumatoideo, Rx columna, resonancia magnética de columna, tinción de Gram y cultivo de *Brucella melitensis*.

Examen de laboratorio:

- Hematocrito: 31.7 %
- Hemoglobina: 10.7 mg/dL
- Leucocitos: 4300 xmm³
- Neutrófilos 62 %
- Linfocitos: 34 %
- Monocitos: 4 %
- Glucosa: 158 mg/dL
- Creatinina: 35 U/L
- Sodio: 134 mmol/L
- CK: 35 U/L
- DHL: 400 U/L
- PCR: 74.2 mg/L
- Procalcitonina: 20ng/mL
- VSG: 24mm/h
- Ferritina: 491 ng/mL
- Dimero D: 0.5 ug/mm
- Albúmina: 3 g/dL

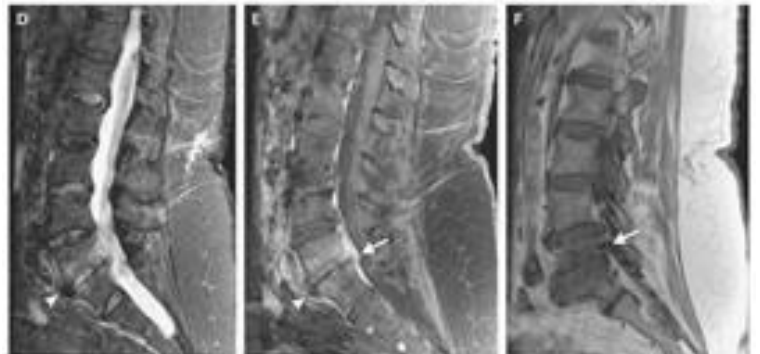
Rx de columna

Figura 1A: cambios degenerativos más pronunciados a nivel de L5-S1, incluido el estrechamiento del espacio discal, esclerosis de la placa terminal y osteofitos grandes



Resonancia magnética

Figura 1C, 1D y 1E: Se observa hipointensidad en las imágenes ponderadas en T1, hiperintensidad en las imágenes ponderadas en T2 y



realce dentro de los cuerpos vertebrales adyacentes al espacio discal L5-S1, con líquido en el espacio discal.

Tinción de Gram

Se observa una colonia bacteriana con pequeños bacilos de cocoides gram-negativos, características consistentes de las especies de *Brucella*

Cultivo para *Brucella melitensis*

En una placa agar sangre, se aislaron colonias bacterianas puntiformes, lisas, translúcidas, no hemolíticas (después de 48 horas de incubación)

Tratamiento

Farmacológico

Considerando una espondilitis causada por *Brucella* en adultos:

- El tratamiento debe de durar al menos 12 semanas y si tiene signos radiográficos o persistentes el tratamiento debe de extenderse más de 12 semanas.
- Doxiciclina 100 mg cada 12h por 12 semanas + rifampicina de 600 a 900 mg por vía oral cada 24h por 12 semanas + estreptomicina 1g por vía intramuscular o intravenosa cada 24h por 14 a 21 días.

No farmacológico

- Interconsulta con cardiología ya que una de las complicaciones que se observa adicionalmente es endocarditis.
- Seguimiento a la paciente para ver si hay recaídas.

1.1.2. Caso 2

Paciente UCA masculino de 56 años de edad, procedente de Lima, Ate

- **Antecedentes generales:** Farmacológico: Furosemida 40 mg/ día y espironolactona 100 mg/ día, último viaje niega, hábitos nocivos: alcoholismo 35 años, no tabaco, no drogas

- **Antecedentes patológicos:** Cirrosis hepática desde abril 2022
- **Antecedentes quirúrgicos:** Niega
- **Antecedentes familiares:** Niega

Relato

- Paciente acude a emergencia, porque refiere que desde hace 7 días presenta aumento de volumen en región abdominal asociado a dolor leve, 5 días antes de ingreso evidencia aumento de volumen en ambos miembros inferiores con fatiga a grandes esfuerzos. 4 días antes la disnea progresó a mínimos esfuerzos y finalmente al decúbito, 3 días antes se agrega hiporexia y persistencia de la disnea motivo por el cual es traído al nosocomio; posteriormente a su evaluación decide el alta voluntaria y finalmente regresa al día siguiente por presentar deposiciones rojo vinosas y persistencia de los síntomas.

Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 124/72 mmHg FC:112 lpm FR 20 rpm T: 36.3°
Sat:96 % FiO2: 0.21
- General: AREG, AREH, AREN
- PYF: T/E/H, mucosas secas llenado capilar menor a 2 seg, palidez terrosa, ictericia +/-+++ de piel y conjuntiva
- TCS: Edema ++/+++ en ambos MMII hasta rodillas
- Cuello: Cilíndrico, no adenopatías
- TYP: Frémito disminuido. Vibraciones vocales disminuidas. Matidez en bases de AHT. Murmullo vesicular disminuido en AHT, Sibilantes difusos, subcrépitos en bases de AHT.
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos de BI, no soplos, pulsos periféricos presentes.
- ABD: Distendido, no depresible, con circulación colateral, RHA+, matidez en cuadrantes superiores e inferiores, dolor a la palpación superficial en cuadrantes superiores, Oleada(+), Murphy (-), Mcburney (-), Rebote (-), Tacto rectal no sangrado
- GU: PPL bilateral (-), PRU (-).

- SNC: despierto, alerta, Glasgow 15/15, pupilas CIRLA, LOTEF.

Impresión diagnóstica

- Cirrosis hepática
- Ascitis a tensión: D/C por TBC vs. NM
- Síndrome Ictérico: D/C obstructivo vs. infiltrativo vs. hepatopatía crónica
- D/C trastorno hidroelectrolítico
- D/C síndrome hepatorenal

Exámenes de laboratorio

- Hemograma - PCR: Leu: 6000 Pla: 355 000 Hb: 11.9 PCR:70
- AGA: FiO2:0.21 PH: 7.37 PCO2: 42.1 HCO3: 23.4 Lactato:1.1 PaO2: 83
PaO2/FiO2: 395
- Electrolitos Na: 128 K: 4.92 Cl: 98.2
- Perfil coagulación: Tiempo de protrombina:16.3 INR:1.2
- Perfil hepático:
 - o BT: 4.66 BD: 3.86 Proteínas totales:7.92 Alb: 2.01. Globulina: 5.91
TGO:85 TGP: 41 GGTP: 321 FA: 2530
- Creatinina: 1.52 Urea: 52

Ecografía abdominal

- Hígado: Mide 144 mm, bordes irregulares, ángulos romos. parénquima de aspecto micronodular
- Vena porta: Mide 13 mm
- Vesícula biliar: Parcialmente visible. Mide 63 mm x 34 mm, pared impresionada engrosada de hasta 7 mm de aspecto reactivo, sin cálculos en su interior.
- Otros: Se aprecia líquido libre perihepático y parietocólico derecho vol. aprox. 2809, periesplénico y parietocólico izquierdo vol. aprox. 3753 cc, interasas y en cavidad pélvica vol. aprox. 2330 cc.

Conclusiones

1. Hallazgos ecográficos sugerentes de hepatopatía crónica difusa (cirrosis), asocia signos de hipertensión portal (aumento de calibre portal y ascitis a tensión según descripción)
2. Impresiona pared vesicular engrosada secundaria a hepatopatía.

Plan de trabajo:

1. Dieta para hepatopatía (Proteínas 1.2 g / K, Na 2g x día) VT: 1200 cc
2. NaCl 0.9 % 1000cc=20 gotas/min
3. Furosemida 40mg EV c/8h
4. Lactulosa 30cc VO c/8h
5. Vitamina K , 1 amp EV c/24h
6. Metamizol 1.5gr EV PRN dolor intenso y/o T °>38C
7. Dimenhidrinato 50mg EV PRN náuseas y/o vómitos
8. HGT 10PM y 6AM
9. CFV + BHE

Interconsulta a Gastroenterología

1. Impresión dx:
 - a. Ascitis a tensión D/C hepatopatía crónica vs. inflamatoria (TBC vs NM)
 - b. Sd icterico D/C obstructivo vs infiltrativo vs. hepatopatía crónica
2. Paciente con indicación de paracentesis evacuatoria y dx, debido a que tiene creatinina alta control si persiste mayor a 1.5 idealmente paracentesis con reposición de albúmina

Resultados de paracentesis

- Color amarillo, ligero turbio, recuento de leucocitos 57 /mm³ MN 90%, proteínas en liquido 1.5 g/dL , DHL 65.6 U/L
- Cultivo: Negativo, no se observan gérmenes patógenos, hematíes 20-30 x campo, no se observan BK en 100 campos.

Seguimiento

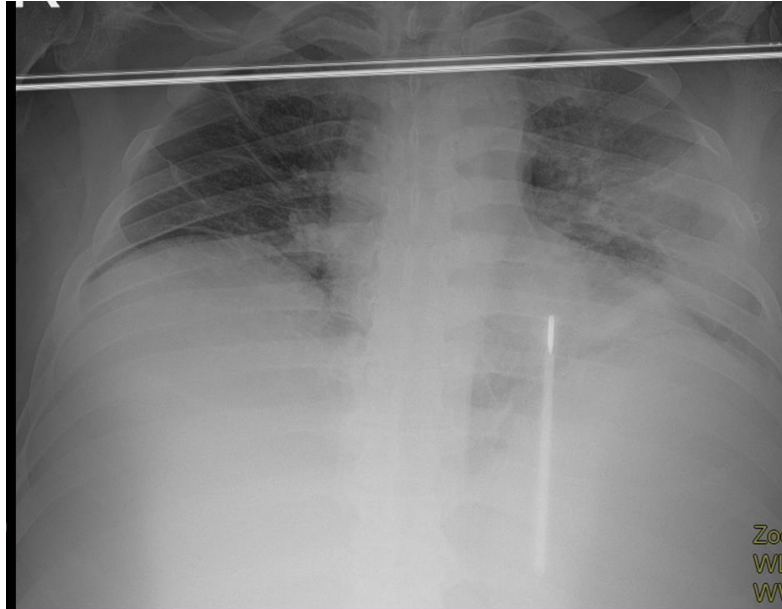
Posteriormente a los exámenes, procedimiento realizados el paciente presenta funciones vitales estables, ictericia, persistencia de los edemas en

MMII hasta rodillas ++/+++ , TYP: MV pasa disminuido en ambos hemitórax, sibilantes difusos a predominio de HT derecho, abdomen: RH+ distendido con circulación colateral, matidez difusa, no doloroso a la palpación signo de la oleada +, el plan fue continuar con diuréticos y lactulosa para evitar la encefalopatía, en los exámenes de laboratorio se percibió un aumento de la bilirrubina total a 3.35 a predominio directo BD 3.03, presentaba hipoalbuminemia de 1.76 , TP en 19 y el INR 1.44 , creatinina 1.51 , urea: 59.7. Al día siguiente, se le agrego oxigenoterapia cánula binasal con FiO2 a 0.4 %, MV pasa disminuido en ambos hemitórax y presencia de roncales, la parte abdominal: ruido hidroaéreos presentes, abdomen distendido, circulación colateral, presencia de matidez difusa no doloroso a la palpación

Apreciación: Paciente agitado con tendencia a la taquicardia por momentos saturado 86 % se procede a paracentesis evacuadora, para mejoría de disnea, se le informa a familiares necesidad de albúmina; evolución tórpida debido mal pronóstico debido a respuesta inadecuada a diuréticos por la hipoalbuminemia severa

Impresión diagnóstica al momento

1. Hipoxemia
 - a. D/C Efusión pleural bilateral
 2. Ascitis a tensión
 3. Cirrosis hepática Child Pugh C
 4. Síndrome hepatorenal tipo 2
- **Plan:** Se solicitó Rx tórax, AGA, realizar paracentesis evacuadora y insistir en adquisición de albúmina.
 - **Ecografía**
 - Líquido libre perihepático 917 cc
 - líquido libre en flanco izquierdo 611c y FII 180cc, hipogastrio 1025 cc, FID 2205 cc y flanco derecho 1099 cc
 - **AGA:** pH: 7.37 PCO2: 26.2 HCO3: 17.7 Lactato:1.6 PaO2: 127 PaO2/FiO2: 212
 - **Rx de tórax**



Alta

Paciente con evolución favorable, sin apoyo oxigenatorio, con una PAM de 89, Enfermería no reporta intercurrencia, diuresis + elimina flatos y heces, apetito conservado, con las indicaciones: Dieta blanda normoproteica hiposódica total 1000 ml, furosemida 40 Mg VO c/24 h, espironolactona 100 mg VO c/24 horas, Lactulosa 30 cc cada 8 horas

1.1.3 Caso 3

Paciente DRPP, femenina de 27 años, procedente de Lima, Ate

- **Antecedentes generales:** Consume tabaco y alcohol socialmente, actividad sexual activa, fármacos: los medicamentos que consume es la cetirizina.
- **Antecedentes patológicos:** Rinitis, niega métodos anticonceptivos, niega HTA y DMT2
- **Antecedentes quirúrgicos:** Apendicitis (18 años)
- **Antecedentes familiares:** Madre (HTA y DMT2) y Padre (HTA), no tiene hermanos y tíos sin antecedentes importantes

Relato

- Paciente de 27 años acude al establecimiento porque presenta desde hace 4 meses dolor articular en falanges de las manos y coloración azulada en falanges distales de los dedos a la exposición al frío que interfieren en su trabajo. Refiere que se añade paresia en rostro hace 2 semanas, por lo que acude a médico particular quien le indica medicación (prednisona e hidroxicloroquina) y calma un poco los síntomas. Asimismo, refiere que hace una semana, se hizo una herida en el dedo medio de la mano derecha y refiere que aún no cicatriza bien, por lo cual solicita referencia al especialista para ser evaluada y seguir el tratamiento correcto.

Examen físico

- Funciones Vitales: T ° 36, PA: 100/70 mmHg, FR 18 rpm, FC 80 lpm, SatO2 97 %
- Aspecto general: AREG, AREN, AREH, afebril, ventilación espontánea
- Peso: 60kg, talla: 1.60 m à IMC: 23.4
- Piel: T/H/E, llenado capilar <2”
- TSCS: No edemas
- TyP: MV pasa bien en ACP, no RALES
- CV: RC rítmicos de buena intensidad, no soplos
- Abdomen: RHA +, blando, depresible, no dolor a la palpación, no visceromegalia, no masas
- Locomotor – Manos: Coloración azulada en falanges distales expuesta al frío, leve dolor a la palpación de falanges, lesión ulcerativa de 1x1 cm en falange distal del dedo medio de la mano derecha, sensibilidad disminuida
- Neurológico: LOTEPE, no signos de focalización, no signos meníngeos, Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica

- Fenómeno de Raynaud à D/C 1.º o 2.º
- D/c esclerosis sistémica
- D/c lupus eritematoso
- D/c artritis reumatoide

Plan de trabajo

- Hemograma completo dentro de los valores normales
- Prueba de anticuerpos antinucleares à ANA (+)
- Referencia al servicio de Reumatología del hospital Vitarte
- Capilaroscopia de lecho ungueal à Se realiza en el hospital

Tratamiento no farmacológico

- Mantener la temperatura corporal: Uso de guantes, uso de calentadores
- Reducir el estrés
- Evitar consumo de tabaco
- Tratar la enfermedad o afección oculta

Tratamiento farmacológico

- Prednisona de 20 mg 1 vez al día hasta confirmación de diagnóstico

Seguimiento

- Cita con reumatólogo una vez aceptada la referencia

1.1.4 Caso 4

Paciente SWKU, masculino de 45 años, procedente de Lima, Ate

Antecedentes

- **Generales:** Consume tabaco y alcohol socialmente, no consume drogas, niega RAMS.
- **Patológicos:** DM2 diagnosticado (43 años) en tto. con metformina y glibenclamida
- **Quirúrgicos:** Niega
- **Familiares:** Niega

Relato

Paciente, varón de 50 años, refiere que desde hace una semana presenta ardor y quemazón en pierna derecha. Además, nota aumento de volumen de

la pierna derecha que le incomoda al caminar. Niega fiebre. Refiere que hace 2 días se añade sensación de hormigueo.

Examen físico

- Funciones Vitales: T °37, FR 18 rpm, FC 60 lpm, SatO2 98 %, PA 140/82 mmHg
- Aspecto general: AREG, AREN, AREH, afebril, ventilación espontánea
- Peso: 65.3 kg, talla: 1.70 m, IMC: 22.5
- Piel: Caliente, húmeda, elástica, llenado capilar 3"
- TSCS: Edema + en 1/3 superior cara externa de MMII derecho, fóvea ++/+++, dolor a la palpación
- TyP: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados
- CV: RC rítmicos de buena intensidad, no soplos
- Abdomen: RHA +, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no visceromegalia, no masas
- Neurológico: LOTEP, no signos de focalización, no signos meníngeos, Glasgow 15/15
- Resto no contributorio

Impresión diagnóstica

- Celulitis vs. erisipela

Plan de trabajo

- Curación diaria de zona afectada
- Hemograma completo
- Glucosa en sangre
- Perfil lipídico
- Urea
- Creatinina



Diagnóstico

1. Celulitis
2. DM2
3. IMC normal
4. D/c HTA

Tratamiento farmacológico

- Penicilina procainica 1000000 UI + diclofenaco 75 mg IM cada 24h por 3 días
- Dicloxacilina 500 mg cada 6h por 7 días
- Ácido fusídico crema #01 uso local mañana y noche x 10 días
- Doxium (dobesilato de calcio) 500 mg cada 12h por 15 días

Tratamiento no farmacológico

- Evitar actividad física x 1 semana
- Seguir con las curaciones
- Bajo consumo de sal
- Mantener la pierna en alto por 10 minutos 1 vez al día
- Control de la PA mañana y noche por 7 días
- I/C con nutrición

Seguimiento

- Cita con Medicina en 1 semana para control de la PA y reevaluación
- Control mensual de glucosa y perfil lípido.

1.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia

1.2.1. Caso 1:

Paciente MNM, femenina de 30 años, procedente de Lima, La Molina

Antecedentes

- **Patológicos:** Niega
- **Quirúrgicos:** Niega
- **Obstétricos:** Menarquia 14 años, 1.^a relación sexual 16 años, parejas sexuales: 2, FPP: 08/03/2023, FUP 20/06/2016, RC: 4/28, G2 P1001, FUR: 01/06/2022 CPN: 06

Relato

Paciente acude a emergencia porque refiere sentir contracciones uterinas 3 por minuto, sensación de pujo. No pérdida de líquido ni sangrado, percibe movimientos fetales.

Examen físico

- Funciones vitales: Presión Arterial: 145/86 mmHg Frecuencia Cardíaca: 85 lpm, Frecuencia Respiratoria: 20 rpm, SatO₂: 98 % T °36.5
- Útero grávido con altura uterina: 34 cm, LCF 145 lpm, SPP: LCI, tacto vaginal: D:9 I: 95 %, AP: -1 Pelvis ginecoide

Impresión diagnóstica

- Segundigesta de 39ss x Eco 1 trimestre/ TPFA

Exámenes de laboratorio

- DHL: 535, urea 12, glucosa 106, creatinina 1.05, TGO 29, TGP: 10
- Grupo sanguíneo o+
- Leucocitos 10 470, segmentados 39.7, plaquetas 131000, Hb 13.2
- Serológicos: Negativos, examen de orina negativo

Parto:

- Espontáneo cefálico, no complicaciones, alumbramiento dirigido en schulze, extracción manual, pérdida de sangre +- 220cc
- Desgarro 1 grado
- Circular simple, longitud 55 cm y grosor 1.5 cm
- Placenta peso 230, forma ovoide, diámetro 19 x 18
- RN: EG: 39 ss, apgar 9´ 9´

Puerperio

- Paciente refiere leve dolor en abdomen
- FV: PA: 180/100 mmHg, FC: 88 lpm, FR 18 rpm, T °36.7
- Aparentemente mal estado general, LOTEP, conjuntivas rosadas, mucosas húmedas, PA: 180/110, 170/100, 170/90, 140/90 mmHG
- Abdomen: Leve dolor a la palpación en hipogastrio, blando depresible
- Loquios: Hemáticos escasos
- **Exámenes de laboratorio:** FA: 881, glucosa 93, urea 9, DHL: 5371, TGO: 1829, TGP: 780, Hemograma: leucocitos: 10.060 segmentados: 94.9 % Plaquetas: 18.000: trombocitopenia severa, Hb: 12.9

Impresión dx: Parto inmediato eutócico, Preeclampsia severa

Se inicia código azul y se solicita perfil preeclampsia

Evolución

- Paciente refiere epigastralgia intensa, sensación de turgencia
- Funciones vitales: FC 96 lpm, PA: 170/80 mmHg FR: 22 rpm
- Aparente mal estado general, LOTEP, conjuntivas rosadas, mucosas húmedas, abdomen: RH +, B/D dolor a la palpación superficial y profunda en epigastrio, útero contraído a nivel de -1 cm de región umbilical CV: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, TYP: MV pasa bien en AHT.
- Paciente pasa a UCI.

UCI

- Paciente con los dx:
 1. Preeclampsia severa con probable síndrome de HELLP parcial
 2. Puérpera inmediata x parto eutócico
 3. Falla renal aguda no oligúrica
 4. Plaquetopenia severa
- La paciente hemodinámicamente con tendencia a la hipertensión llc<2 segundos, CV: rcr, no soplos; aparato respiratorio: mv pasa bien en ambos hemitórax con escasos rales; aparato gastrointestinal: Ruidos hidroaéreos 5 por minuto, b/d doloroso a la palpación en hemiabdomen inferior, útero contraído; renal: diuresis no cuantificable; neurológico: Escala Glasgow 15/15 pupilas isocóricas, fotoreactivas, no déficit motor, no signos de focalización
- Plan: Transfundir 6 plaquetas, radiografía de torax post-Cateter venoso central, línea arterial + antihipertensivos EV
- Actualización de Laboratorios: Tiempo de Protrombina: 17.5, tiempo de trombina: 26.7, Hb: 12.9, leucocitos 10 000, segmentados 84.9 %, Plaquetas 18.000 , creatinina 0.84, urea 10.9, FA: 871, Albúmina 2.45 DHL: 5371, TGO: 1829, TGP: 780, GGTP: 38.8, dimero D: >20 , reticulocitos: 3.82 %
- AGA: FiO2: 21 %, pH: 7.37 pO2: 93, pCO2:35, PaFI: 444, HCO3: 20.9 Na: 139.5, k:4, Cl: 114.1, lactato: 1.7, glucosa:90.2
- Paciente presentó mejoría del cuadro, remitiendo; posteriormente, se le pasa a hospitalización de Ginecología y Obstetricia.
- Posteriormente al alta, se aconseja tener un seguimiento para ver si se normaliza la PA, las enzimas hepáticas, reciba información y orientación sobre los signos y síntomas de una posible recaída, como dolor abdominal, náuseas, vómitos, fatiga y síntomas de hipertensión arterial.

1.2.2. Caso 2

Paciente RMPG, mujer de 19 años, procedente de Lima, Santa Clara

Antecedentes

- **Ocupación:** Estudiante Universitaria
- **Personales:** Niega

- **Quirúrgicos:** Niega
- **Obstétricos:**
 - Menarquia 15 años
 - Primera relación sexual 17 años
 - Número de parejas 3

Relato

La paciente acude, porque refiere que desde hace tres horas presentó sangrado por la vagina de color rojo vivo y dolor tipo cólico 4/10 en región de hemiabdomen inferior predominio en hipogastrio, motivo por el que la traen a emergencia, donde se le encontró sangrado activo con restos heterogéneos, al tacto vaginal cuello cervical abierto, Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible dolor a la palpacion profunda en hipogastrio, no signos peritoneales.

Ecografía TransVaginal 10/02/2023 a las 20:30 p. m.

Se observa cuello abierto, en el útero de +- 90 mm de longitud y estructuras hiperecogénicas, de forma irregular compatible con restos uterinos.

Exámenes de laboratorio

Posteriormente a la toma de exámenes, en los cuales presentaba hemoglobina 11, plaquetas 200.000 leucocitos: 10 000, Grupo sanguíneo o+, creatinina 0.9 urea: 22, examen de orina: 2 a 4 leucocitos por campo, glucosa 85.

Impresión diagnóstica

1. Aborto incompleto

Funciones vitales Estables pero con discreta taquicardia,

Manejo

Se le traslada a centro obstétrico para inducción con misoprostol para maduración del cuello 400 ug sublingual, 2 horas previas y doxiciclina 200 mg vía oral previo a realizarle AMEU

Procedimiento AMEU 10/02/2023 a las 23:00 p. m.

- Hallazgos: Un útero de 9cm, restos endouterinos de regular cantidad, no mal olor.
- Procedimiento: asepsia antisepsia, colocación de espéculo, pinzamiento de labio superior con pinza Schroeder, extracción de restos endouterinos con pinza foester y jeringas de Karmann, revisión de hemostasia, retiro del instrumental, paciente tolera procedimiento y es llevado a observación.

Alta

Finalmente, 2 horas después del procedimiento se le da el alta con tratamiento de paracetamol 1 gramo cada 12 horas x 3 días, doxiciclina 100 mg vía oral 2 veces al día, durante 5 días y control por Consulta Externa de Ginecología y Obstetricia.

1.2.3 Caso 3

Paciente RBL, femenino de 24 años, de Lima, Lurigancho.

Antecedentes:

Ocupación: Ama de casa

- **Personales:** Niega
- **Quirúrgicos:** Niega
- **Obstétricos**
 - Menarquia 13 años
 - Primera relación sexual 17 años
 - Número de parejas 3
 - G 3 P1011
 - 1 pérdida hace 1 año y medio

Relato

Paciente Tercigesta de 32 semanas es traída por sangrado vaginal hace 4 días y hoy se agregó sensación de contracciones uterinas, percibe movimientos fetales.

Examen físico

- Signos vitales: PA: 120/70 mmHg, FC, 74 lpm FR: 19 rpm T: 36.8 °C
- AREG AREN AREH
- P Y F: No cianosis, no palidez, llenado capilar < 2 segundos
- CV: RCR de BI
- T Y P: Tórax simétrico, MV pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados
- Abdomen: Altura uterina de 32 cm, movimientos fetales presentes, Feto en LCI, LCF: 124 lpm RH+
- TV: Cérvix posterior dehiscente 1 dedo, membranas ovulares íntegras AP -4, sangrado en dedo de guante no activo, pelvis ginecoide, Dinámica uterina: 3/10

Ecografía obstétrica 26/11/2022

Ponderado fetal: 1876 G, placenta posterior Grado II cuyo borde parcialmente OCI, Pozo mayor de 4 cm, cervicometría 44 mm

Exámenes de laboratorio

Examen de orina no patológico, hemograma: leucocitos 8690 (B: 0 %) Hb: 11.9 g/dL plaquetas 217000, COVID negativo

Impresión diagnóstica

- Tercigesta de 32 SS por ECO de 1.^{er} trimestre
- Amenaza de parto pretérmino
- Placenta previa

- Paciente hemodinámicamente estable, en tocolisis que no responde a nifedipino dosis de mantenimiento, recibió primera dosis de maduración pulmonar usando betametasona 12 mg por vía Intramuscular

Plan

Referencia a un Hospital de mayor capacidad resolutive al servicio de Ginecología y que cuente con UCI Neonatal

1.3.4. Caso 4

Paciente FARV, mujer de 36 años, procedente de Lima, Ate

Antecedentes

- **Obstétricos:** G6 P 4024, último embarazo 08/03/2029, RN mayor peso: 4700 g, menarquia 12 años, FUR: 13/12/2021 FPP: 19/09/2022, inicio de relaciones a los 17 años, parejas sexuales: 2 , controles prenatales: 7.
- **RAM:** Niega
- **Cirugías:** Cesárea (2019 por preeclampsia)
- **Patológicos:** Niega

Relato:

Paciente acude por haber cumplido fecha probable de parto el día de ingreso refiere que hace 3 horas presenta cefalea, tinnitus, refiere que percibe movimientos fetales, niega sangrado y pérdida de líquido.

Examen físico

- Funciones vitales: PA: 140/97 mmHg FC: 78 FR: 20 T°:36.5 SatO2: 97 %
Peso: 72
- AREG, AREN, AREH
- Cardiovascular: RCR, BI, no soplos.
- Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados
- Abdomen: Útero grávido, RHA presentes, blando, depresible no dolor a la palpación.

Ginecológico

- AU=34 LCF=145 SPP=LCD DU= - I =70% D=Dehiscente 1 Dedo AP=-4 M=Íntegras Pelvis =Ginecoide

Plan

Se Solicita Prequirúrgicos, EKG, NST, Monitoreo de PA. Queda en observación. Nifedipino 10 mg vía oral condicional $PA \geq 160/110$ mmHg. Se reevalúa con resultados

Ecografía

Feto en longitud cefálico derecho, ponderado fetal 3179 +- 200 g, líquido amniótico adecuado, pozo mayor: 47.9, placenta corporal anterior lateralizada a izquierda.

Impresión diagnóstica

1. Multigesta 41. 1 ss por eco de primer trimestre/ CA 1 vez
2. Hipertensión en el embarazo:
 - a. D/C Preeclampsia

Exámenes de laboratorio

- Creatinina 0.97, Urea 25 DHL: 371, TGO: 21 TGP: 17, fibrinógeno: 351, plaquetas 182 000, TP: 11.6, INR: 0.84, TT: 17, TTPA: 35, leucocitos: 9000, Hb 14.2, examen de orina : negativo 1 a 2 leucocitos por campo.
- Glucosa: 71, grupo sanguíneo O +, serológicos: VHB: no reactivo, VIH: no reactivo, RPR: no reactivo
- COVID no reactivo

NST

Para ver bienestar fetal, embarazo en vías de prolongación resultado 7/10

Control de presión y signos premonitorios de preeclampsia

Las presiones empezó con 130/90 mmHg, manteniéndose así, después de unas horas presentaba presiones de 108/90, no presentaba cefalea, no escotomas, no tinnitus, pasa a SOP.

Terapéutica Pre-Sop

NPO, NaCl 0.9 % 1000 cc como vía, dextrosa 33 % 3 amp bolo stat, nifedipino 10 mg VO condicional a Presión arterial \geq 160/110, monitoreo fetal.

Reporte operatorio

- Cirugía efectuada: Cesárea por insuficiencia útero placentaria, cesárea anterior 1 vez
- Hallazgos: RN masculino peso: 3472 g talla 50 cm, PC: 33 cm, PT: 34.5, EG: 40ss, útero y anexos sin alteraciones
- Procedimientos: Asepsia y antisepsia, incisión losange, histerotomía a nivel de segmento, extracción en cefálico, clampaje y sección de cordón umbilical, extracción de placenta + escobillonaje, histerorrafia en 2 planos, cierre de planos hasta piel.

Terapéutica post-Sop

- NPO luego de 6 horas dieta blanda + LAV, NaCl 0.9 % + oxitocina 30 ui en 2 frascos, metamizol 2g ev c/8 horas, tramadol 50 mg sc c/12 horas, dimenhidrinato 50 mg ev C/12 horas, Nifedipino 10 mg vo condicional PA \geq 160/110 mmHg, control de presión arterial en 24 horas, supervisa signos premonitorios de preeclampsia

Evolución

- La paciente no reporta molestias, niega sensación de alza térmica, niega cefalea.
- Aparente buen estado general, conjuntivas rosadas, LOTEPE
- CV: RCR de bi, no soplos
- TYP: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales

- Mamas: Blandas, simétricas, secretantes
- Abdomen: Blando, depresible, RH+, dolor a la palpación en hemiabdomen inferior, útero contraído a 0 cm de cicatriz umbilical
- Herida quirúrgica afrontada, no signos de flogosis, no eritematoso, limpia
- Loquios: Hemático, escaso sangrado, sin mal olor
- Hemoglobina control de 14.2 bajo a 13.8

Manejo

- DB, metildopa 250 mg c/8 horas vo, nifedipino 10 mg PRN PA \geq 160/110, sulfato ferroso 300 mg c/24 horas , paracetamol 1 g vo c/12 horas, control de PA y signos premonitorios, se solicita perfil de preeclampsia
- A las 48 horas posteriores no mostró signos de severidad, paciente con evolución favorable se le indica alta y control por consulta externa en 7 días.

1.3 Rotación en Pediatría

1.3.1. Caso 1

Paciente GNAL, femenino de 1 año y 3 meses, procedentes de Lima, Ate

Antecedentes

- **Personales:**
 - Nacimiento a las 38 ss, parto por vía vaginal sin complicaciones
 - LME hasta 6 meses, actualmente comidas más lactancia, vacunas completas hasta la edad.
 - Niega RAMs
- **Familiares:** Niega antecedentes patológicos
- **Quirúrgicas:** Niega

Relato

Tiempo de enfermedad: 1 año 3 meses

Paciente es traído por madre y ella refiere que desde que nació el paciente notó que su hija presenta sindactilia del 2 y 3 dedo de ambas manos, sindactilia de 1, 2,3 y 4 dedo de pie izquierdo y del derecho 1, 2, 3 dedo del

pie de derecho, niega dolor, refiere motilidad de dedos, pero presenta dificultad al manipular objetos; por lo que se le realiza referencia al hospital de Vitarte.



Funciones biológicas

- No presenta alteraciones

Examen físico

- Funciones vitales: T° 37 °C, SatO2 98 %, FR 20 rpm, FC 80 lpm
- Aspecto general: AREG, AREN, AREH, eupneico, afebril, ventilación espontánea
- Peso: 10 kg, talla: 75 m
- Piel: T/H/E, llenado capilar <2”
- TSCS: No edemas
- TyP: MV disminuido en 1/3 superior del hemitórax izquierdo, roncales en hemitórax izquierdo
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos
- Abdomen: RHA +, blando depresible, no dolor en la palpación, no visceromegalias
- Locomotor
 - Manos: Sindactilia del dedo índice y dedo medio de ambas manos, movilidad conservada, no hay dolor a la palpación, fuerza conservada, sensibilidad conservada
 - Pies: Sindactilia de los dedos 1.^{ro}, 2.^{do} y 3.^{ro} del pie derecho, sindactilia de los dedos 1.^{ro}, 2.^{do} 3.^{ro} y 4.^{to} del pie izquierdo. movilidad, fuerza y

sensibilidad conservada de ambos pies. Dificultad para mantenerse de pie.

- Neurológico: Paciente activo, responde a estímulos, reflejo Babinski negativo, Glasgow 15/15

Presunción diagnóstica

- Sindactilia
 - Descartar simple vs. compleja

Tratamiento

Tratamiento no farmacológico

- Explicar a la madre que la paciente requerirá cirugía para separación de los dedos y que se le hará una referencia para que sea evaluada por especialista.
- Continuar con la lactancia materna y alimentación.

1.3.2. Caso 2

Paciente LGMQP, masculino de 7 años, procedente de Lima, Ate.

Antecedentes

Personales: Niega

Quirúrgico: Niega

RAM: Niega

Vacunas completas para su edad

Relato

La madre refiere que el paciente de 7 años hace 2 días presenta diarrea líquida en 3 ocasiones y 1 día antes de ingreso, en 2 ocasiones deposiciones con sangre y moco acompañado de dolor abdominal tipo cólico.

Funciones biológicas

- Apetito disminuido, sueños, orina, peso sin alteración

- Heces: Con sangre y moco

Examen físico

- AREG, AREN AREH
- PA: 120/70 mmHg FR: 19 rpm FC: 96 lpm T °37.7 SatO2:99 %
- Piel: T/H/E llenado capilar menor a 2 segundos. No lesiones.
- CV: RCR de BI, no soplos
- TYP: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- Abdomen: no cicatrices, RHA +, b/d. Dolor a la palpación en epigastrio de intensidad 6/10 no irradiado
- Neurológico: LOTEPE, EG: 15/15

Impresión diagnóstica

Diarrea disentérica

Plan

- Hemograma, PCR
- Reacción inflamatoria en Heces: Salió positivo hematíes 30-35 por campo.

Tratamiento

- Azitromicina 10 Mg cada 24 horas x 3 días
- Sales de rehidratación oral
- Dieta blanda

Seguimiento

El paciente culminó con el tratamiento de tal manera que cedieron las molestias.

1.3.3. Caso 3

Paciente RQIM, masculino de 8 años, procedente de Lima, Ate
Antecedentes

Patológicos: Niega

Quirúrgicos: Niega

RAM: Niega

Vacunación: completa para la edad

Relato

Paciente desde hace 5 días presenta dolor de oído derecho 7/10 y fiebre con temperatura de 39 a 39.5 °C que esta cede parcialmente con paracetamol, niega síntomas urinarios, no vómitos ni náuseas, ni tos ni rinorrea.

Funciones vitales: Sin alteración

Examen físico

- Peso: 30 kg. T.º: 39°C. FC: 103 FR: 20
- AREG, AREN, AREH. Ventila espontáneamente
- Cabeza y cuello: normocéfalo, pupilas CIRLA, cuello móvil, no adenopatías, cilíndrico
- Oídos: OD: membrana timpánica opaca. Dolor al introducir el otoscopio. OI: membrana timpánica normal
- TyP: Amplexación conservada. No tirajes. MV pasa bien en campos pulmonares, no rales.
- CV: RCR de BI. No se auscultan soplos
- Abdomen: No distendido, RHA (+), B/D, no impresiona dolor en la palpación. No se palpan masas
- SNC: despierto. Activo. Reactivo a estímulos

Impresión diagnóstica

- Síndrome febril
- Otitis media aguda

Tratamiento

- Metamizol 1.5 ml intramuscular STAT

Alta con indicaciones:

- Amoxicilina con ácido clavulánico 10 cc 3 veces al día x 7 días

- Paracetamol 500 mg PRN a Fiebre ≥ 38 °C

1.3.4 Caso 4

Paciente JJTH masculino de 7 años de procedencia de Lima, Ate

Antecedentes

Personales: Vacunas completas para la edad, no ha recibido contra COVID-19, le dio COVID en febrero 2022, farmacológico: salbutamol condicional a crisis

Patológicos: Asma desde los 5 años

Ram: Niega

Quirúrgicos: Niega

Relato

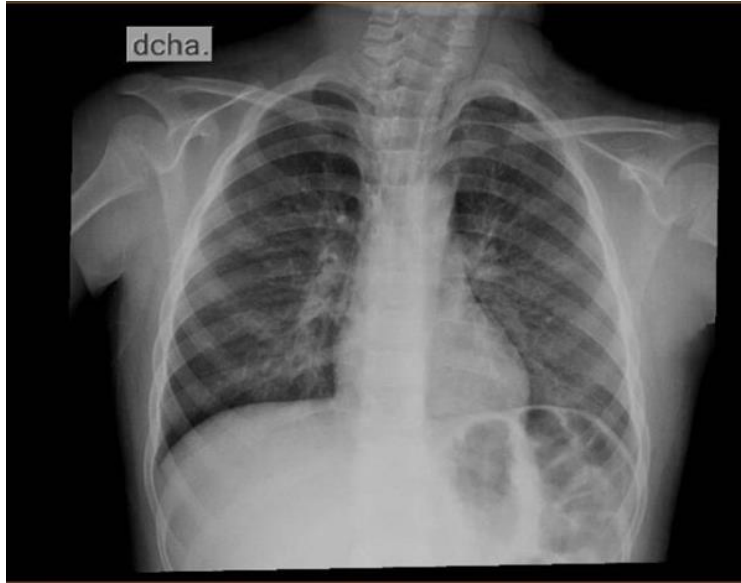
Paciente es traído por que presenta 2 días de tos seca asociada a rinorrea, 4 horas antes de ingreso se agregó temperaturas de 39 °C y mayor esfuerzo para respirar, no diarreas, no náuseas ni vómitos.

Examen físico

- Funciones vitales: FC: 114 lpm, FR: 24 rpm, T: 38.5 °C saturación 97 %
FiO₂: 0.21 Peso 29 kg
- Piel: TEH, LLC menor a 2 segundos
- Fosas nasales: Congestiva, hiperémica
- Orofaringe: Leve congestión, no placas
- TyP: Tiraje subcostal.MV pasa disminuido en ACP, subcrépitos bibasales, sibilantes difusos en ACP. Bierman y Pearson: 6
- CV: RCR de BI, no soplos
- ABD: Rh + blando, depresibles, no doloroso a la palpación profunda visceromegalia,
- SNC: alerta, conectado con el entorno, no focalización.

Exámenes auxiliares

- L: 17000 B: 0.1 %, segmentados 93.9 % L: 4.4 % Hb: 12.6, plaquetas: 269 000, PCR : 18.7, COVID negativo,
- **Rx de tórax:** Ángulos costofrénicos y costodiafragmáticos libres, costillas horizontalizadas, aumento de espacio intercostal, reforzamiento bronquial, silueta cardiaca conservada, no signos de consolidación ni atelectasia



Impresión diagnóstica

- Fiebre no específica
- Crisis asmática moderada
- Neumonía viral vs. Atípica

Tratamiento

- Metamizol 700 mg IM STAT + medios físicos
- Dexametasona 4 mg IM stat
- Salbutamol 100 mcg, 4 Puff c/20 min x1 hora
- Bromuro de Ipratropio 20 mcg, 2 Puff c/20 min

Seguimiento

- Paciente no responde a terapia de rescate y presenta mayor agitación por lo que se le explica al padre sobre la evolución desfavorable de su hijo y decide hospitalizarlo. En esta se continúa con terapia inhalada de

salbutamol y bromuro de ipratropio, dexametasona EV y se agrega antibioterapia EV. Además, se solicita IFI viral e IgM para Mycoplasma P.

Exámenes adicionales

- Ac IgG Mycoplasma Pneumoniae en 4.4 (negativo), Ac IgM Mycoplasma Pneumoniae en 10.4 (negativo)
- Positivo para influenza tipo 1

1.4 Rotación en Cirugía

1.4.1. Caso 1

Paciente FJMQ Femenino de 40 años procedente de Lima, Ate

Antecedentes

Generales: Universidad completa, profesión de profesora nivel primario, niega uso de alcohol, tabaco y drogas.

Patológicos: RAMS niega, estreñimiento crónico 10 años, asma (10 años).

Quirúrgicos: Cesárea 1 vez (31 años), apendicectomía (16 años).

Familiares: Niega

Relato

Paciente ingresa a emergencia de cirugía refiriendo que desde hace 6 años presenta tumoración en zona umbilical que conforme el pasar de los años aumentó de tamaño. Refiere episodio actual cursando con dolor abdominal tipo punzante de intensidad 7/10, calor e hinchazón. Menciona que el dolor se exagera y aumenta de tamaño cuando camina.

Examen físico

- Funciones vitales: T.º: 36.9 °C, PA: 110/70, FC: 84 LPM; FR 19 RPM
- Peso: 69 kg, Talla 1.56, IMC 28.6 kg/m²
- AREG, AREN, AREH
- PyF: T/H/E, llenado capilar <2", no cianosis, no ictericia
- CyC: móvil, normocefálo, no adenopatías

- TyP: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos
- Abd: Asimétrico, globuloso, se observa masa umbilical de aprox 5 cm de diámetro y con anillo de 1 cm de diámetro, reductible, con leve dolor a la digitopresión, RHA + (6/min), blando, depresible, leve dolor a la palpación superficial y profunda en hipogastrio, timpanismo conservado.
- GU: PPL (-), PRU (-)
- SNC: Despierta, LOTEP, no signos meníngeos ni de focalización

Impresión diagnóstica

- Hernia Umbilical
- Sobrepeso

Plan de trabajo

- Tratamiento quirúrgico (Cura Quirúrgica)
- Se solicitan Exámenes prequirúrgicos
- Se solicita ecografía abdominal

Examen de laboratorio

- Creatinina: 0.80 mg/dL
- Glucosa: 99 mg/dL
- Urea: 22 mg/dL
- GyF: O(+)
- Leucocitos 4.240 x mm³
- Hemoglobina 11.7 g/dL
- Hematocrito: 35 %
- HIV, hepatitis B, RPR: No Reactivo
- Tiempo de coagulación: 6'00"
- Tiempo de sangría: 2'00"

Ecografía de abdomen

- Se realiza ecografía de región umbilical

Se Hospitaliza

- NPO
- CINA 0.9 % 1000 cc – XXX gotas/x´
- Cefazolina 1g EV c/8 h
- Metamizol 1 g EV c/8 h
- Omeprazol 40 mg EV c/ 24 h
- CFV + BHE
- SOP

Reporte operatorio

- Hallazgos: Hernia umbilical reductible de aproximadamente 2 cm de anillo herniario con saco herniario de aproximado 5 cm con contenido de epiplón graso libre peritoneal.

Procedimientos

- AA + CCE
- Incisión transumbilical
- Identificación de hallazgos
- Reducción de hernia umbilical
- Colocación de malla subaponeurótica
- Sutura de plano aponeurótico con nylon 1
- Revisión de hemostasia
- Hernioplastia de cicatriz umbilical
- Cierre de pared por planos hasta piel

Evolución

Paciente, varón de 63 años con los siguientes diagnósticos

- PO1 de cura quirúrgica por hernia umbilical
- Sobrepeso
- **(S)** Paciente no refiere dolor abdominal, niega náuseas, niega fiebre. Diuresis (+), deposiciones (-), Flatos (+).

(O) Al examen físico

- FV: T° 36.7 °C, PA 122/79 mmHg, FR 22 rpm, FC 90 lpm, SatO2 97 %
- PyF:T/H/E, llenado capilar <2", no cianosis, no ictericia
- TyP: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos
- Abd: Globuloso, leve distensión, herida operatoria sin signos de flogosis, RHA + (5/min), blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación, timpanismo conservado
- SNC: Despierta, LOTEP, no signos meníngeos ni de focalización
- Paciente hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio, cursa afebril, tolera vía oral a líquidos, niega dolor abdominal y náuseas.
- **(P)** Progresar dieta y alta con indicaciones:
 - Cefalexina 500 mg 1 tab VO c/8 h
 - Paracetamol 500 mg 1 tab VO c/8 h
 - Control por consultorio externo de Cirugía General en 1 semana

Seguimiento

Continuar controles por consultorio externo de Cirugía General según evolución

1.4.2. Caso 2

Paciente MBPQ Femenino de 64 años procedente de Lima, Ate

Antecedentes

Generales: Niega mascotas, uso de alcohol, tabaco y drogas.

Fisiológicos: Niega uso de MAC, 3 Hijos, Vacunas COVID: 3 dosis.

Patológicos: Niega RAMS, antecedentes patológicos de importancia

De Cirugía: Niega

Familiares: Niega

Relato

Paciente refiere que hace 15 días presenta hematoma en pabellón auricular derecho y que le indicaron antibióticos en su posta. No bajaba el hematoma por lo que hace 2 días se lo revienta y refiere secreción serohemática. Refiere dolor y disminución de la audición en el oído derecho. Niega fiebre y cuadro viral reciente.

Examen físico

- Funciones Vitales → T.º 37 °C, PA 120/70 mmHg, FC 76 lpm, FR 18 rpm
- Peso 84 kg, Talla 1.74 m, IMC: 27.7 kg/m²
- AREG, AREN, AREH
- PyF: T/H/E, llenado capilar <2", no cianosis, no ictericia
- CyC: móvil, normocéfalo, no adenopatías
- Oído: Absceso entre trago y rama del hélix en pabellón auricular del oído derecho, con signos de flogosis, dolor a la palpación, secreción serohemática escasa.
- TyP: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos
- Abd: Simétrico, globuloso, RHA + (6/min), B/D, no impresiona dolor a la palpación
- GU: PPL (-), PRU (-)
- SNC: Despierta, LOTEP, no signos meníngeos ni de focalización

Impresión diagnóstica

- Absceso de pabellón auricular derecho
- Fístula pabellón auricular derecho
- Sobrepeso

Plan de Trabajo:

- Curación
- I/C a Otorrinolaringología

Después de evaluación por Otorrinolaringología

Tto. farmacológico

- Ceftriaxona 2g EV cada 24h por 2 días
- Paracetamol 500 mg VO cada 8h por 3 días

Tto. no farmacológico

- I/C a Cirugía de cabeza y cuello en 3 días
- Limpieza de herida 2 v/día

Seguimiento

Control por consultorio externo de Otorrinolaringología según evolución

1.4.3. Caso 3

Paciente DMLR Femenino de 44 años procedente de Lima, Ate

Antecedentes

Generales: Vivienda de material noble, cuenta con los servicios básicos, mascotas: 1 perro, niega uso de alcohol, tabaco y drogas.

Fisiológicos: Niega uso de MAC, 3 Hijos por cesárea, Vacunas Covid: 3 dosis.

Patológicos: Niega RAMS, niega antecedentes patológicos de importancia

De Cirugía: Cesareada 3 veces (26, 28 y 33 años)

Familiares: Niega

Relato

Paciente refiere que hace 8 años le diagnosticaron cálculos en la vesícula. Refiere que presenta varios episodios de dolor abdominal tipo cólico post-ingesta de comidas grasosas asociado a náuseas y vómitos. Último episodio fue hace 2 meses, presentó el mismo dolor con una intensidad de 8/10 y se añadió diarrea, por lo que acude a Emergencia donde le colocaron analgésicos EV y calmó. Niega fiebre.

Examen físico

- Funciones Vitales → T° 36.8 °C, PA 95/75 mmHg, FC 70 lpm, FR 17 rpm

- Peso 85 kg, Talla 1.75 m, IMC: 27.9 kg/m²
- AREG, AREN, AREH
- PyF: T/H/E, llenado capilar <2", no cianosis, no ictericia
- CyC: móvil, normocefálico, no adenopatías
- TyP: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos
- Abd: Simétrico, globuloso, se evidencia masa umbilical de 2 cm aproximadamente reductible a la digitopresión, RHA + (7/min), blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación superficial ni profunda en hipocondrio derecho, Murphy (-), timpanismo conservado
- GU: PPL (-), PRU (-)
- SNC: Despierta, LOTEPE, no signos meníngeos ni de focalización

Impresión diagnóstica

- Litiasis vesicular
- Sobrepeso
- Hernia umbilical

Plan de trabajo

- *SS Ecografía*
- *SS Prequirúrgicos*
- *Tto. quirúrgico à colecistectomía laparoscópica*

Laboratorio

- Creatinina: 1.19 mg/dL
- Glucosa: 108 mg/dL
- Urea: 34 mg/dL
- GyF: O(+)
- Leucocitos 5.490 x mm³
- Hemoglobina 14.3 g/dL
- Hematocrito: 43.2 %
- HIV, Hepatitis b, RPR: No reactivo
- Tiempo de coagulación: 6'00"

- Tiempo de sangría: 2'00"

Ecografía de abdomen

Hallazgos ecográficos en relación a colecistitis crónica, es esteatosis hepática grado I/III, resto de órganos abdominales nombrados sin evidencia de patología por esta modalidad y técnica diagnóstica. Meteorismo intestinal incrementado a predominio de los cuadrantes superiores.

Se hospitaliza

- NPO
- ClNa 0.9 % 1000 cc – XXX gotas/x'
- Ceftriaxona 2g EV c/ 24 h
- Metamizol 1 g EV c/8 h
- Omeprazol 40 mg EV c/ 24 h
- CFV
- SOP

Reporte operatorio

- Colecistectomía laparoscópica por litiasis vesicular
- Hallazgos: Vesícula biliar con adherencias de epiplón. Vesícula biliar de +/- 8 x 4 cm de paredes engrosadas, empotrada en lecho hepático, con múltiples litos que ocupan todo su interior. Arteria cística única, conducto cístico delgado. Colédoco no evaluable.

Procedimientos:

- AA + CCE
- Neumoperitoneo abierto + colocación T1 10 mm + laparoscópica diagnóstica
- Colocación de trocares según técnica americana
- Liberación de adherencias
- Disección a nivel de bacinete hasta VCS
- Clipaje y sección de conducto y arteria cística

- Desperitonización de bacinete a fondo con sección de pared posterior adherido
- Ectomía de VB y litos en bolsa de látex a través de T1
- Revisión y control de hemostasia
- Lavado y aspiración de secreciones con ayuda de gasa
- Retiro de gasa de cavidad
- Retiro de trocares bajo visión directa
- Cierre de pared por planos
- Paciente tolera acto quirúrgico y pasa a URPA

Evolución

- Paciente femenino de 44 años con los siguientes Dx:
 1. PO1 de colecistectomía laparoscópica por litiasis vesicular
 2. Sobrepeso
- **(S) Paciente no refiere dolor abdominal, niega náuseas, niega fiebre. Diuresis (+), deposiciones (-), Flatos (+).**
- **(O) Al examen físico**
 - FV: Tº 36 °C, PA 110/79 mmHg, FR 20 rpm, FC 88 lpm, SatO2 98 %
 - PyF: T/H/E, llenado capilar <2", no cianosis, no ictericia
 - TyP: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados
 - CV: RCR de buena intensidad, no soplos
 - Abd: Globuloso, leve distensión, herida operatoria sin signos de flogosis, RHA + (6/min), blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación, timpanismo conservado
 - SNC: Despierta, LOTEP, no signos meníngeos ni de focalización
- **Paciente hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio, cursa afebril, tolera vía oral a líquidos, niega dolor abdominal y náuseas.**
- **(P) Progresar dieta y Alta con indicaciones:**
 - Paracetamol 500 mg 1 tab VO c/8h x 5 días
 - Control por consultorio externo de Cirugía General en 1 semana

Seguimiento

- Continuar controles por consultorio externo de Cirugía General según evolución

1.4.3. Caso 4

Paciente ORR Masculino de 29 años procedente de Lima, Ate

Generales: Vivienda de material noble, cuenta con los servicios básicos, mascotas: niega, Consumo de alcohol, tabaco ocasionalmente (1 vez por semana) y Niega drogas.

Patológicos: Niega RAMS, Niega Antecedentes patológicos de importancia

De Cirugía: Colectomía (25 años)

Familiares: Padre (HTA, DMT2), Madre (HTA)

Relato

Paciente refiere que hace 19 horas cursa con dolor en epi y mesogastrio 6/10 por lo que se automedicó con paracetamol logrando calmar levemente el dolor. Hace 12 horas este migra al cuadrante inferior derecho y es persistente por lo cual acude a este establecimiento. Hace 7 horas presenta un episodio de vómitos color amarillo y hace 2 le ponen un enema y toma bismutol sin lograr calmar el dolor. Actualmente, refiere intenso dolor 10/10, sensación de alza térmica e inapetencia.

Examen físico

- Funciones Vitales → T.º 38.7 °C, PA 134/68 mmHg, FC 95 lpm, FR 22 rpm
- Peso 79 kg, Talla 1.75 m, IMC: 25.9 kg/m²
- AREG, AREN, AREH
- PyF: T/H/E, llenado capilar <2", no cianosis, no ictericia
- CyC: móvil, normocefálico, no adenopatías
- TyP: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos

- Abd: Simétrico, sin cicatrices, RHA + (7/min), blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha. McBurney (+), Roving (+), leve resistencia en cuadrante inferior derecho. No masas.
- GU: PPL (-), PRU (-)
- SNC: Despierta, LOTEP, no signos meníngeos ni de focalización

Impresión diagnóstica

- Apendicitis aguda
- Sobrepeso

Plan de trabajo

- SS ecografía
- SS prequirúrgicos
- TTO quirúrgico à Colectomía laparoscópica

Laboratorio

- Creatinina: 1.6 mg/dL
- Glucosa: 130 mg/dL
- Urea: 50 mg/dL
- GyF: O(+)
- Leucocitos 23500 x mm³
- Hemoglobina 16.3 g/dL
- Hematocrito: 48.2 %
- HIV, Hepatitis b, RPR: No Reactivo
- Tiempo de coagulación: 6'00"
- Tiempo de sangría: 2'00"

Ecografía de abdomen

Se evidencian distensiones de asas intestinales delgadas aperistálticas además pequeña colección en fosa iliaca derecha, D/C apendicitis retrocecal complicada, se sugiere complementar estudio.

Se hospitaliza

- NPO
- CIna 0.9% 1000 cc – XXX gotas/x´
- Ceftriaxona 2g EV c/ 24 h
- Metamizol 1 g EV c/8 h
- Omeprazol 40 mg EV c/ 24 h
- CFV
- SOP

Reporte operatorio

- Apendicitis aguda perforada
- Hallazgos: Líquido purulento de FID +/- apéndice cecal en posición paracecal interna descendente de +/- 8 x 1cm perforada en tercio medio. Base y ciego en buen estado.

Procedimientos

- AA + CCE
- Incisión transversa
- Apertura de cavidad por planos
- Identificación de hallazgos
- Ligadura escalonada de meso
- Ligadura de base
- Apendicectomía a muñón
- Secado de cavidad
- Revisión de hemostasia
- Conteo de gasas complemento
- Cierre de pared por planos anatómicos
- paciente tolera acto quirúrgico y pasa a URPA

Evolución

1.er día

- Paciente masculino de 29 años con los siguientes Dx:

- 1. PO1 de apendicectomía
- 2. Sobrepeso

- **(S) Paciente refiere dolor abdominal, niega náuseas, niega fiebre. Diuresis (+), deposiciones (-), Flatos (+).**
- **(O) Al examen físico**
 - FV: T° 36.9 °C, PA 100/60 mmHg, FR 14 rpm, FC 77 lpm, SatO2 98 %
 - PyF: T/H/E, llenado capilar <2", no cianosis, no ictericia
 - TyP: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados
 - CV: RCR de buena intensidad, no soplos
 - Abd: Globuloso, leve distensión, herida operatoria sin signos de flogosis, RHA + (6/min), blando, depresible, impresiona leve dolor irradiando a la herida operatoria a la palpación profunda, timpanismo conservado
 - SNC: Despierta, LOTEP, no signos meníngeos ni de focalización

- Paciente hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio, cursa afebril, niega dolor abdominal y náuseas.
- **(P) Progresar dieta líquida**
 - NPO
 - CIna 0.9 % 1000 cc + dextrosa 5 % 1000cc – XXX gotas/x´
 - Ceftriaxona 1g EV c/ 24 h
 - Metamizol 1 g EV c/8 h
 - Omeprazol 40 mg EV c/ 24 h
 - CFV

- **2.º día**
- **Paciente masculino de 29 años con los siguientes Dx:**
 - PO2 de apendicectomía
 - Sobrepeso

 - **(S) Paciente refiere dolor abdominal, niega náuseas, niega fiebre. Diuresis (+), deposiciones (+), Flatos (+).**
 - **(O) Al examen físico**

- FV: T° 36.2 °C, PA 100/60 mmHg, FR 16 rpm, FC 79 lpm, SatO2 98 %
- PyF: T/H/E, llenado capilar <2", no cianosis, no ictericia
- TyP: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos
- Abd: Globuloso, leve distensión, herida operatoria sin signos de flogosis, RHA + (6/min), blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación profunda en el abdomen menos en herida operatoria, timpanismo conservado
- SNC: Despierta, LOTEP, no signos meníngeos ni de focalización
- Paciente hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio, cursa afebril, tolera vía oral a líquidos, niega dolor abdominal y náuseas.
- **(P)** Progresar dieta blanda y alta condicional si tolera vía oral
- NPO
- CIna 0.9 % 1000 cc – XXX gotas/x´
- Ceftriaxona 1g EV c/ 24 h (2)
- Metamizol 1 g EV c/8 h
- Omeprazol 40 mg EV c/ 24 h
- CFV

SEGUIMIENTO

- Alta tras tolerar vía oral
- Ibuprofeno cada 8 h x 3 días
- Continuar controles por consultorio externo de Cirugía General

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Se desarrolló en tres establecimientos de salud:

El Hospital Vitarte, este se encuentra situado en Ate, un distrito de Lima Metropolitana que pertenece a Diris Lima Este. Fue fundado en 1957 como un puesto de salud y ha evolucionado para incluir especialidades médicas y una infraestructura adecuada, siendo un establecimiento de Categoría II-E, donde tuvimos pasantía entre los meses junio a octubre, en las siguientes cuatro grandes especialidades: Cirugía General, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia.

Durante todo este periodo ha habido brotes de COVID-19, viruela del mono, ante los cuales el hospital ya estaba preparado de antemano y tenía lugares de aislamiento, de tal manera para evitar que el personal susceptible o los mismo pacientes se contagien, en suma, hemos aprendido a diferenciar un abdomen agudo quirúrgico de un dolor abdominal que puede ser manejado con tratamiento médico.

Centro de Salud Virgen del Carmen La Era - Ñaña

Es un puesto de salud de categoría I-3, no cuenta con turno nocturno ni sala de partos, está ubicado en el departamento de Lima, en el distrito de Lurigancho-Chosica. Su horario de atención es de lunes a sábado de 8 a. m. hasta 8 p. m., contando con los servicios de Medicina General, Psicología, área CRED, nutrición, Farmacia, Odontología, Tuberculosis, Obstetricia y laboratorio.

Los pacientes que requieren atención en un centro de mayor complejidad se les realizan referencia para el Hospital de mediana complejidad José Agurto Tello que pertenece a Chosica.

Centro de Salud Manylsa

Manylsa está ubicado en el departamento de Lima, en el distrito de Ate. Es un establecimiento de salud al igual que el anterior, pertenecen a la categoría I-3, el horario laboral es de 12 horas, abarcan las mismas especialidades, pero como diferencia tenemos que el hospital de referencia para este puesto es el de Vitarte en el cual hemos desarrollado parte de nuestro internado.

Mientras realizamos nuestro aprendizaje, hemos recorrido la mayoría de los consultorios con la finalidad de tener una noción básica cuando lleguemos a nuestro Serums. Principalmente, atendemos en los consultorios de Medicina General, donde vemos cualquier grupo etario, apreciando enfermedades crónicas como agudas, congénitas y en caso de no tener la capacidad resolutive, se le realiza una referencia para que pueda ser atendido por un especialista y además, se le explica los signos de alarma en caso presente estos, acudir por urgencias o emergencias de su hospital más cercano.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1. Rotación en Medicina Interna

3.1.1. Caso 1 Brucelosis:

La brucelosis es una enfermedad infecciosa originada por bacterias gram negativas del género *Brucella*. La enfermedad se adquiere principalmente a través de la transmisión zoonótica del contacto directo con animales infectados, la ingestión de productos lácteos contaminados o la inhalación de bacterias en aerosol

Epidemiología:

En el contexto peruano, es un problema de salud pública notable con altas tasas de incidencia, particularmente en áreas rurales donde la cría de animales es común. Según un estudio publicado en PLOS Neglected Tropical Diseases, la tasa de incidencia anual de brucelosis en el Perú se estima en 17,2 casos x 100 000 habitantes, siendo una de las más altas en América del Sur.

El gobierno peruano ha implementado varias medidas de control para abordar el problema, incluida la vacunación del ganado, la cuarentena de animales infectados y campañas de educación pública sobre prácticas seguras de manipulación de alimentos. Sin embargo, el acceso limitado a los servicios de salud y veterinarios en las zonas rurales hace que la brucelosis sea un problema persistente de salud pública en el Perú.

Factor de riesgo:

- La brucelosis tiene varios factores de riesgo que pueden contribuir a su transmisión. Estos incluyen:
- La exposición ocupacional a animales infectados
- Consumo de productos lácteos no pasteurizados
- Viajes a regiones donde prevalece la enfermedad
- El manejo de tejidos o fluidos animales contaminados

- El estado inmunocomprometido y ciertos factores demográficos como la edad y el género.
- La enfermedad afecta al público en general, pero los niños pequeños y las mujeres embarazadas son más susceptibles.

Signos y síntomas

Brucelosis puede presentar diferentes signos y síntomas, cuya gravedad puede variar según la etapa y la extensión de la infección. Los síntomas más comúnmente informados incluyen fiebre, fatiga, malestar general, artralgia y cefalea. La diaforesis y los escalofríos también son comunes en los casos agudos. También pueden presentarse síntomas y síntomas del sistema gastrointestinal como náuseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal. En casos severos, la enfermedad puede provocar síntomas neurológicos como confusión, alucinaciones y convulsiones.

Diagnóstico

El diagnóstico de brucelosis generalmente implica el conjunto de examen clínico, exámenes de laboratorio y estudios de imagen. La evaluación clínica implica una evaluación integral del historial médico y un examen físico para identificar cualquier síntoma clínico o factor de riesgo relacionado con la brucelosis. Los exámenes de laboratorio se emplean para detectar la existencia de la bacteria *Brucella* en fluidos corporales como sangre, médula ósea u otras muestras. Las pruebas pueden incluir pruebas serológicas, como la prueba de rosa de Bengala, aglutinación sérica y la prueba ELISA, y hemocultivos. Los estudios de imágenes, como las radiografías y las tomografías computarizadas, pueden revelar cualquier daño en los tejidos o complicaciones que puedan haber resultado de la infección.

Tratamiento

En Perú, el Ministerio de Salud (Minsa) ha establecido una norma técnica sanitaria para el manejo de la brucelosis, que establece los regímenes de tratamiento recomendados. La norma recomienda que el tratamiento sea una

combinación de doxiciclina y rifampicina para brucelosis no complicada, normalmente administrada durante un período de seis semanas. Para casos complicados, como neurobrucelosis o endocarditis, el tratamiento recomendado es una combinación de doxiciclina y un aminoglucósido, como estreptomina o gentamicina, por un período de seis semanas o más.

El Minsa también sugiere el uso de tetraciclinas, como la doxiciclina, como tratamiento de primera línea para la brucelosis en mujeres embarazadas, ya que estos antibióticos han demostrado ser seguros y efectivos en esta población.

- Doxiciclina: 100 mg por vía oral cada 12h por 6 semanas
- Rifampicina: 600-900 mg por vía oral cda 24h por 6 semanas
- Estreptomina: 1 g por vía intramuscular cada 24h por 2-3 semanas, seguido de doxiciclina oral y rifampicina durante cuatro semanas adicionales
- Gentamicina: 5-7 mg/kg por vía intravenosa cada 24h por 2-3 semanas, seguido de doxiciclina oral y rifampicina durante cuatro semanas adicionales

3.1.2. Caso 2 Cirrosis Hepática

La Cirrosis Hepática se refiere a una enfermedad en la que el hígado ha sufrido fibrosis en un estadio avanzado, lo que causa cambios en su estructura de forma irreversible y formación de nódulos. Los pacientes son susceptibles a complicaciones con un riesgo de tener una esperanza de vida menor al promedio.

Epidemiología

Cirrosis es una enfermedad crónica debida a diversas etiologías siendo la principal por alto consumo de alcohol, la hepatitis y la enfermedad de hígado graso, en nuestro país, consiste en la principal causa de muerte por enfermedades del hígado. En el mundo representa aproximadamente 49 500

muerres, siendo la octava causa de muerte en Estados Unidos, mientras que en Perú entre los años 2014 a 2018 se registró un total de 25 583 muertes, con tasa de mortalidad de 78.5 en 100 000 habitantes.

Factores de Riesgo:

- consumo excesivo de alcohol,
- hepatitis crónica: especialmente VHB y C ,
- enfermedad del hígado graso,
- enfermedades autoinmunitarias: colangitis esclerosante primaria, enfermedad autoinmunitaria del hígado,
- exposición a toxinas como el plomo, mercurio y cloroformo,
- enfermedades genéticas.

Signos y síntomas

En un inicio se presenta la enfermedad de forma asintomática, pero a medida que progresa, suelen aparecer:

Fatiga, anorexia con pérdida de peso, náuseas, vómitos, ascitis, ictericia, alteraciones en la piel: como palmas hepáticas, telangiectasias en abdomen y alteración de la conciencia esto debido al aumento de niveles de amonio.

Complicaciones:

- Hipertensión portal: Encefalopatía hepática, PBE, síndrome hepatorenal, ascitis, Varices esofágicas o gástricas, síndrome hepatopulmonar, miocardiopatía cirrótica
- Edema de piernas y abdomen: una de las causas es por disminución de la albúmina.
- Infecciones el hecho de menor producción de proteínas como las inmunoglobulinas o tener ascitis con una gran predisposición a tener una peritonitis bacteriana espontánea.
- Desnutrición, Encefalopatía Hepática en casos severos terminando en coma
- Enfermedad ósea por riesgo aumentado a fracturas y pérdida de la fuerza ósea.

- Cáncer de hígado, agudización de la cirrosis crónica

Diagnóstico

Para el diagnóstico debemos hacer una exhaustiva y buena historia clínica, un completo examen físico, con el propósito de agrupar los factores de riesgo, sus síntomas y signos siendo principalmente: hepatoesplenomegalia, ictericia, telangiectasias, ascitis y aumento de volumen de miembros inferiores; además, debemos complementar con exámenes de laboratorio principalmente análisis de sangre, las enzimas hepáticas TGO, TGP, bilirrubinas, la albúmina, tiempo de protrombina. Exámenes complementarios de imagen:

- ecografía abdominal con ello ver signos de hipertensión portal, la esplenomegalia y la hepatomegalia con presencia de superficie con nódulos
- Tomografía abdominal o RM para poder ver de forma más detallada las estructuras.

Biopsia: es el procedimiento Gold standard para un diagnóstico definitivo y con ello evaluar la gravedad.

Pronóstico:

Para determinar el pronóstico se usa la clasificación de Child-Pugh, que este tiene como parámetros clínico y laboratoriales: bilirrubina sérica, albúmina sérica, tiempo de protrombina, ascitis y encefalopatía hepática, cada criterio se puntúa del 1 a 3 sumándose y dividiéndose en 3 categorías que son A, B y C con puntajes de 5 a 6 puntos, 7 a 9 y 10 a 15 respectivamente; la tipo A es enfermedad bien compensada con una supervivencia de uno a 2 años de 100 a 85 %, B es compromiso funcional significativo; supervivencia 80 a 60 % y C enfermedad descompensada; 45 a 35%

Tratamiento:

El tratamiento final es el trasplante de hígado, pero principalmente el objetivo es tratamiento dirigido a la causa y para detener su desarrollo y complicaciones

1. Etiología viral se debe usar interferón alfa y beta, por la función de inhibir la replicación viral, función de inmunomoduladora y antiproliferativa; se debe excluir el uso en pacientes >70 años, con neutropenia <1500 y trombocitopenia <100.000, embarazadas, epilepsia, adictos a drogas y alcohólicos.

Debe mantenerse el tratamiento por 6 meses, esperando conseguir la normalización de transaminasas, se vio que con la ribavirina presenta un aumento en la tasa de respuesta pero con efecto adverso de anemia hemolítica

2. Cambios de estilos de vida: dejar el alcohol, mantener dieta saludable, ejercicio.
3. tratamiento específico de las complicaciones
4. Trasplante de hígado en casos graves.

3.1.3. Caso 3 Síndrome de Raynaud

El síndrome de Raynaud es un trastorno caracterizado por episodios recurrentes de vasoconstricción de los vasos sanguíneos en los dedos de las manos y los pies, las orejas y la nariz, en respuesta a la exposición de temperaturas bajas o al estrés emocional. La isquemia resultante provoca palidez y entumecimiento, seguidos de cianosis y eritema tras la reperfusión.

Epidemiología:

Tiene una epidemiología bien documentada y una tasa de prevalencia de aproximadamente 5-10% en la población general y afecta con más frecuencia al sexo femenino. Por lo general, la aparición de los síntomas ocurre en personas de 15 a 30 años.

El primario es el tipo más común y representa la mayoría de los casos (80%). El secundario es menos frecuente y ocurre principalmente en personas con afecciones médicas subyacentes, en particular trastornos autoinmunes y del tejido conjuntivo. La prevalencia del síndrome de Raynaud secundario varía según la afección subyacente, y oscila entre el 30 % y el 90 % de las personas afectadas.

Factores de riesgo:

- Género: Más prevalente en el sexo femenino
- Edad: El síndrome de Raynaud generalmente comienza en personas de entre 15 y 30 años.
- Antecedentes familiares: Antecedentes familiares de síndrome de Raynaud aumenta el riesgo.
- Factores ambientales: Exposición a temperaturas frías y ciertos productos químicos, como el cloruro de vinilo, generan riesgo de desarrollar el síndrome de Raynaud.
- Condiciones médicas subyacentes: Ciertas condiciones médicas, como enfermedades autoinmunes, trastornos del tejido conectivo y enfermedades vasculares, están asociadas con un mayor riesgo de síndrome de Raynaud.

Signos y síntomas:

Se caracteriza por ataques episódicos de isquemia digital, que se manifiestan como cambios de color en las áreas afectadas, como palidez, cianosis y eritema. Estos ataques suelen ir acompañados de parestesia, dolor e hinchazón, y se desencadenan por la exposición a temperaturas frías o estrés emocional. En casos severos, pueden ocurrir pobre cicatrización de heridas y úlceras digitales recurrentes.

Diagnóstico:

El diagnóstico del síndrome de Raynaud se realiza principalmente tomando un historial médico detallado y realizando un examen físico completo. Durante el examen físico, se evaluará los vasos sanguíneos periféricos en busca de cambios de color, temperatura y flujo sanguíneo.

Para confirmar el diagnóstico del síndrome de Raynaud y descartar otras posibles causas, es posible que se soliciten más pruebas. Esto puede incluir capilaroscopia del pliegue ungueal para examinar los vasos sanguíneos pequeños, análisis de sangre para evaluar enfermedades sistémicas

subyacentes, pruebas de estimulación con frío para provocar ataques o estudios de imágenes como la ecografía Doppler para evaluar el flujo sanguíneo.

En los casos en que se sospeche una afección médica subyacente, es posible que sea necesario un estudio de diagnóstico adicional o una derivación a un especialista. El diagnóstico preciso es esencial para un manejo adecuado y para prevenir complicaciones asociadas con el síndrome de Raynaud.

Se puede clasificar en dos tipos: primario de Raynaud (también llamado enfermedad de Raynaud) y secundario de Raynaud (también llamado fenómeno de Raynaud).

El síndrome de Raynaud primario es idiopático y es más común en mujeres jóvenes. Se cree que la fisiopatología del síndrome de Raynaud primario implica anomalías en el SNC o en los vasos sanguíneos.

El Raynaud secundario está asociado con una condición médica subyacente o exposición a ciertos factores ambientales. Este tipo de síndrome de Raynaud suele ser más grave y puede ser una manifestación de una enfermedad sistémica, como trastornos del tejido conectivo, enfermedades vasculares o lesiones laborales.

La diferenciación entre el Raynaud primario y el secundario es crucial, ya que el Raynaud secundario a menudo requiere una evaluación y un tratamiento médicos más extensos.

Tratamiento:

- Cambios en el estilo de vida: Dejar de fumar, reducir el consumo de cafeína y mantenerse caliente.
- Medicamentos: Los medicamentos como los bloqueadores de los canales de calcio, los bloqueadores alfa y los vasodilatadores pueden ayudar a expandir los vasos sanguíneos y aumentar el flujo sanguíneo.

- Biorretroalimentación: La biorretroalimentación es una técnica que puede ayudar a aprender a controlar la respuesta de su cuerpo al estrés y las bajas temperaturas.
- Cirugía: en casos graves del síndrome de Raynaud, se puede recomendar una cirugía para extirpar o desconectar los nervios o vasos sanguíneos afectados

3.1.4. Caso 4 Celulitis

Es una infección bacteriana de la piel y el tejido subcutáneo causada por la bacteria estreptococo o estafilococo. Se presenta con eritema, edema, calor, dolor y sensibilidad con o sin síntomas sistémicos como fiebre y escalofríos.

Epidemiología

La celulitis es una infección cutánea bacteriana común en todo el mundo y afecta a cualquier género y grupo etario. La incidencia de la celulitis varía según factores como la geografía, la densidad de población y la prevalencia de afecciones médicas subyacentes. En general, la celulitis es más común en áreas con clima cálido y húmedo, poca higiene y alta densidad de población.

Factores de riesgo

Varios factores predisponentes pueden aumentar la susceptibilidad de un individuo a esta condición. Estos incluyen estados inmunocomprometidos, como VIH/SIDA, malignidad o trasplante de órgano posterior; diabetes mellitus, que puede provocar neuropatía periférica e insuficiencia vascular; lesiones en la piel; obesidad, particularmente en áreas con pliegues cutáneos o exceso de piel; linfedema, que impide el flujo linfático y provoca edema en las extremidades; el uso de drogas por vía intravenosa, que proporciona una posible puerta de entrada para las bacterias; higiene deficiente, que conduce a la colonización de la piel con bacterias; y la edad avanzada, caracterizada por una piel más fina y frágil.

Diagnóstico

En cuanto al diagnóstico de celulitis se basa principalmente en la evaluación conjunta de la historia clínica y el examen físico del área afectada. Se evalúa el área en busca de signos de eritema, calor, edema y sensibilidad. Además, pueden evaluar la pirexia y la leucocitosis.

En algunos casos, se pueden utilizar pruebas auxiliares como hemocultivos, cultivos de heridas y modalidades de imagen como rayos X, ultrasonido o tomografía computarizada (TC) para respaldar el diagnóstico o excluir diagnósticos diferenciales.

Tratamiento:

El enfoque de tratamiento recomendado para la celulitis por el MINSA implica una combinación de estrategias terapéuticas:

- **Antibióticos:** la terapia antibiótica empírica es la piedra angular del tratamiento de la celulitis, con el objetivo de erradicar la infección bacteriana subyacente. La selección de un agente antimicrobiano apropiado se basa en la gravedad de la infección, los microorganismos causantes y los factores específicos del paciente.

Celulitis leve a moderada:

- Penicilina V (oral)
- Cefalexina (oral)
- Dicloxacilina (oral)

Celulitis severa:

- Cefazolina IV
 - Clindamicina IV
 - Vancomicina IV
-
- **Manejo sintomático:** las opciones de tratamiento sintomático para la celulitis incluyen analgésicos, medicamentos antiinflamatorios y antipiréticos.

- Elevación e inmovilización: La elevación de la zona afectada y la inmovilización con férula o vendaje son medidas no farmacológicas que ayudan a reducir el edema y facilitan la cicatrización.
- Cuidado de heridas: el cuidado óptimo de heridas implica el desbridamiento del área afectada, limpieza y aplicación de vendajes adecuados para prevenir infecciones secundarias.
- Manejo de los factores de riesgo subyacentes: es importante abordar los factores predisponentes como la linfedema, la diabetes y el estado inmunocomprometido para prevenir la celulitis recurrente.

3.2. Rotación en Ginecología y Obstetricia

3.2.1 Caso 1 Síndrome de HELLP

El síndrome de HELLP es un acrónimo de Hemólisis microangiopática, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia; que ocurre durante el embarazo o en el postparto. Es considerado una forma grave de la preeclampsia que es presiones elevadas y proteinuria en pacientes con más de 20 semanas de gestación, siendo más frecuente en el tercer trimestre.

Epidemiología:

Condición que se presenta en el 0.5 a 0.9% de los embarazos, se ha observado más casos en paciente de la raza blanca, mayores de 25 años y la historia de haber tenido preeclampsia previamente tiene un mayor riesgo a tener este síndrome. En el Perú se ha observado que hay mayor incidencia en mujer andina, bajos recursos socioeconómicos y educativos.

El síndrome de HELLP se describe que en Perú es parte del 10% de la tasa de mortalidad y constituye 19.6 % de muertes maternas de causa directa.

Factores de Riesgo:

- previamente haber tenido preeclampsia o Síndrome de HELLP, mayor de 25 años, multiparidad, antecedentes familiares, embarazo múltiple, Lupus eritematoso sistémico y sobrepeso o obesidad.
- también puede estar presente en pacientes sin ningún factor de riesgo.

Signos y síntomas:

- Dolor en hemiabdomen superior predominio en hipocondrio derecho, náuseas, vómitos, cefalea, fatiga extrema, PA alta, edema de manos y pies, sangrado vaginal, escotomas u alteraciones visuales y convulsiones en casos graves

Diagnóstico:

Presencia de alteración de laboratorio: Presencia de esquistocitos, Enzimas Hepáticas elevadas y plaquetopenia en pacientes embarazadas o postparto

- Clasificación de Tennessee:
 - Hemólisis con al menos 2 de los siguientes
 - Esquistocitos
 - BT \geq a 1.2 mg /dL
 - Haptoglobina baja \leq 25 mg o DHL \geq 2 veces su valor
 - Anemia grave sin foco de pérdida sanguínea
 - Enzimas hepáticas elevadas: TGO o TGA $\times 2$ su nivel
 - Plaquetopenia: $<$ 100.000
- Clasificación de Mississippi: subclasificación
 - Clase 1: plaquetas \leq 50 000 o DHL $>$ 600 UI y TGP TGO \geq 70 UI
 - Clase 2: plaquetas $>$ 50 000 pero \leq 100 mil más DHL $>$ 600 UI y TGO TGP \geq 70
 - Clase 3: plaquetas $>$ 100 000 pero $<$ 150 000 mas DHL $>$ 600 UI y TGO TGP \geq 40

Tratamiento:

En cuanto al tratamiento de Síndrome de HELLP deben ser atendidas en Centros que cuenten con UCI maternos y neonatales.

Pacientes que requieren intervención:

- Hipertensión grave: se debe manejar con antihipertensivo EV para gestación que son Labetalol 20 mg IV como dosis inicial y en infusión continua 1 a 2 mg/ minuto, hidralazina 5 mg IV, Nicardipino parenteral 5 mg/ hora hasta 15 mg con objetivo de PA 130 a 150 mmHg y el nifedipino ya sea de 10 mg o 30 mg vo.
- Presencia de latidos cardiacos fetales anormales o un perfil biofísico bajo

- Epigastralgia o HD: puede que tengan sangrado hepático que indicaría una ruptura, el dolor se asocia a taquicardia o hipotensión. Acá está bien pedir ecografía para detectar presencia de sangrado.
- Pacientes con CID, prevención de convulsiones con uso sulfato de magnesio, transfusión de plaquetas para prevenir hemorragia valor < 20 000, monitorización fetal y de la madre.
- Maduración pulmonar con betametasona en pacientes con neonatos < 34 semanas
- Repetir hemograma y plaquetas a las 24 y 48 horas.

3.2.2. Caso 2 Aborto incompleto

Cuando hablamos del aborto incompleto nos referimos a una gestación menos de 20 semanas donde no se concretó el aborto y quedan restos del tejido fetal en el utero, en consecuencia generando sangrado vaginal, dolor de abdomen y temperatura elevados.

Epidemiología

A nivel mundial se reporta que de todos los abortos inseguros el 50% son abortos incompletos, se estima que en América latina y caribe ocurren mas o menos 4.2 millones de abortos inseguros y alrededor estos el 47 % son incompletos; en mayor predisposición en países donde el aborto es ilegal, observándose que los aborto por medicamentos tiene % porcentaje de exitos que los quirúrgicos.

Factores de Riesgo:

- Edad >35 años, antecedente de abortos, anomalías uterinas como utero septado o bicorne, infecciones urinarias y de transmisión sexual, uso medicamentos: anticoagulantes, enfermedades crónicas como DM2 y HTA

Signos y síntomas:

- Principalmente es el sangrado vaginal acompañado de dolor abdominal, calambres uterinos, descarga del tejido feto placentario por la vagina, fiebre.

Diagnóstico:

- Podemos llegar al diagnóstico cuando hacemos una buena filiación, examen físico y uso de pruebas diagnósticas:
 - Ecografía transvaginal, confirmando presencia de restos en la cavidad uterina, observándose endometrio de forma heterogénea
 - sangre: al detectar valores de B hCG
 - en el examen físico la presencia del cuello uterino abierto con restos uteroplacentarios.

Tratamiento

- Dilatación y curetaje que basado en la altura uterina 12 cm se usaría AMEU o legrado uterino.
- Expectante: esperar que el cuerpo mismo lo expulse en casos de no existir una infección.
- Con medicación para ayudar a cambios cervicales y posterior pueda ser expulsado, se suele usar con mayor frecuencia misoprostol.

3.2.3. Caso 3 Amenaza de Parto Pretérmino

La amenaza de parto pretérmino es definido como la presencia de contracciones uterinas, dolor pélvico y presencia de cambios de cuello uterino en una gestación de más de 20 semanas y antes de las 37 semanas de gestación.

Epidemiología:

Según la OMS se reporta que 10 % de los embarazos son partos pretérminos, en los países de América del sur llegan hasta el 18%, en Perú se reportó en el 2019 un 7.8% que con el tiempo ha ido disminuyendo la tasa.

La pertenencia a la raza negra se asocia con un mayor riesgo de experimentar parto prematuro en comparación con la raza blanca, 13.8% y 8.7% respectivamente.

Factores de riesgo:

- Tener previos embarazos pretérminos, embarazo múltiple, infecciones urinarias o de transmisión sexual, incompetencia cervical, historia de

cirugías uterinas o cervicales, gestante < 18 años y > 35 años, fumar, trabajo físico pesado durante la gestación.

Signos y síntomas

Como fue mencionado previamente son las contracciones uterinas, cambios de flujo vaginal, dolor pélvico, cambios de frecuencia o intensidad de las contracciones, calambres abdominales y sangrado vaginal.

Diagnóstico

Para hacer el diagnóstico se debe cumplir que el cuello del cérvix puede estar dilatado pero < 2 cm, borramiento < 50 %, no ruptura de membranas.

Tratamiento:

El tratamiento varía según la edad gestacional, en caso se aprecia un cuadro florido, se puede utilizar tocolíticos y prevenir así el parto, dentro de estos fármacos se usa terbutalina, sulfato de magnesio y los antagonistas de oxitocina.

Cuando el parto no puede ser detenido, se debe realizar maduración pulmonar fetal principalmente corticoides, en caso haya infecciones se debe usar antibioticoterapia.

3.2.4. Caso 4 Preeclampsia

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo en pacientes con una gestación de más de 20 semanas, puede complicarse y con lo mismo generar daño de órgano diana.

Epidemiología:

La preeclampsia presenta incidencia entre el 2 a 8 % de las gestaciones, la tasas en países desarrollados contra los en vía de desarrollo presentan una diferencia de 2 a 5 % contra 10-25%. En Perú se encontró una prevalencia del 8.5% siendo común en las pacientes > 35 años y las que presentan antecedentes familiares de preeclampsia.

Factores de riesgo:

La preeclampsia tiene varios factores de riesgo conocidos, entre ellos, tener el primer embarazo, tener más de 35 años, antecedentes familiares de la

enfermedad, enfermedades crónicas previas, obesidad o sobrepeso antes del embarazo, embarazo múltiple, historial previo de preeclampsia, uso de técnicas de reproducción asistida, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol y falta de cuidado prenatal.

Diagnóstico:

Preeclampsia: presencia de hipertensión gestacional y proteína en la orina, medida a través de una muestra de orina de 24 horas, en una cantidad ≥ 300 mg más de proteína en 24 horas. También puede diagnosticarse con la presencia de otros signos y síntomas, que son parte para definir criterios de severidad como PA $\geq 160/110$ mmHg cefalea persistente, dolor en la región epigástrica, alteraciones visuales, trombocitopenia, insuficiencia renal o hepática.

Tratamiento:

- Reposo en cama, medicamentos mencionados ya previamente para el caso del Síndrome de HELLP,
- Maduración pulmonar del feto con corticoterapia si el feto está a por debajo de 34 semanas de gestación y hay riesgo de parto prematuro debido a la preeclampsia, se pueden administrar corticosteroides.
- Inducción del parto: si la preeclampsia es grave, es necesario inducir el parto previniendo complicaciones tanto maternas como fetales. Si el feto está a menos de 34 semanas de gestación, se puede considerar una cesárea si la salud materna o fetal está en riesgo.
- Cuidados intensivos: riesgo de complicaciones graves, puede ser necesario hospitalizar a la mujer para una monitorización y tratamiento más intensivos.

3.3. Rotación en Pediatría

3.3.1. Caso 1 Sindactilia

La sindactilia es una condición congénita en la cual dos o más dedos de la mano o pie están fusionados entre sí por tejido conectivo. Pueden ser de

forma parcial o completa, refiriendo a que esté unido desde la base o parcialmente.

Epidemiología:

Es una condición rara, cuya relación es de 1 caso cada 2000 a 2500 nacimientos, la mayoría de casos son espontáneos sin una causa aparente y se ha visto una asociación con síndromes como el de Apert, Poland, Carpenter y el Pfeiffer.

Factores de Riesgo

- cómo se mencionó la mayoría de veces es esporádica, pero también hay relación con: antecedentes en la familia, exposición a teratógenos como el alcohol, tabaco, infecciones dentro de la gestación como rubéola y el CMV.

Signos y síntomas:

- la presencia de la fusión de los dedos, se puede apreciar una apariencia normal, pero con forma de pala de garra o mano en manguera, dificultad para agarrar cosas o mover las manos y consigo puede afectar psicológicamente por una alteración de su apariencia.

Diagnóstico

Para poder realizar el diagnóstico principalmente es clínico en la cual podremos observar los miembros unidos y observar si es que hay limitación de la movilidad o función normal, además, podemos complementar el diagnóstico con exámenes de radiodiagnóstico como la radiografía, tomografías o resonancia magnética y ecografía; se ha visto que de forma precoz al realizar la ecografía prenatal desde ese momento se puede detectar algunos casos de sindactilia fetal.

Tratamiento

Para el manejo de la sindactilia se basa en la extensión y la severidad de la unión de los dedos, el manejo más frecuente es el quirúrgico para preservar la función del miembro, el momento óptimo para realizar la intervención sería primeros meses de la vida para que no se genera disfuncionalidad o que el niño sea un poco mayor, para evitar complicaciones debidas a la intervención. El procedimiento tiene la finalidad de separar los dedos y reconstruir las estructuras para tener una función y apariencia buena.

Posteriormente se debe realizar fisioterapia y un seguimiento periódico para evaluar que se desarrolle con una buena consolidación.

3.3.2. Caso 2 Diarrea disentérica

Al hablar de Diarrea disentería nos referimos a un cuadro gastrointestinal infeccioso que tiene como principal característica de diarrea con sangre y moco fecales; presenta diversas etiologías siendo principalmente las bacterias como la shigella.

Epidemiología

Esta enfermedad se encuentra más que todo en los países en desarrollo donde no se cuenta con condiciones de higiene, desagüe y deficiencias sanitarias, a nivel mundial se presenta alrededor de 164.7 millones de casos de infección por Shigella con una tasa de mortalidad de 0.03 %, se reporta que en niños en etapa preescolar por año la diarrea disentería genera 1.1 millones de defunciones.

Factores de Riesgo

- vivir donde no se cuenta con buena higiene y no se tiene mucho acceso a agua potable.
- consumir alimentos contaminados con heces de personas u animales
- no lavarse las manos antes de cocinar, al cambiar pañales.

Signos y síntomas

Lo característico es diarrea acuosa con sangre y moco, se puede asociar a dolor abdominal, fiebre, por las náuseas y vómitos una deshidratación, tenesmo, pérdida de apetito, debilidad, fatiga.

Diagnóstico

Se debe hacer una evaluación clínica, donde podemos apreciar el dolor abdominal, las deposiciones acompañadas de sangre, por otro lado, podemos complementar con estudios diagnósticos como: análisis y cultivos de heces y sangre.

Tratamiento

El enfoque del manejo en estos pacientes es de forma sintomática y evitar una deshidratación.

- Hidratación, en casos no se llegue a tener una tolerancia oral, procederemos a hidratación parenteral o gastroclisis. en pacientes lactantes indicar a la madre que aun siga con la lactancia y no se de restringir la alimentación
- antibióticos: en el tratamiento empírico se usa ciprofloxacino, de segunda línea tenemos a la azitromicina, para tratar la shigella, también se usa ciprofloxacino, como alternativa podemos usar azitromicina o cefixima.
- enfocado a los síntomas si hay fiebre principalmente indicar paracetamol.
- como coadyuvante: indicar lactobacilos o saccharomyces boulardii, el zinc 10 mg en menores de 6 meses y 20 mg en mayores por lo menos 14 días.

3.3.3. Caso 3 Otitis media aguda

Otitis media aguda es una afectación de la parte posterior a la membrana timpánica y a veces se acompaña con líquido en el oído medio, puede ser causada por infecciones de diversas etiologías.

Epidemiología

La OMA, está dentro de las enfermedades más comunes en pacientes pediátricos menores de 5 años en Perú con prevalencia de 67.6% y se observó que la incidencia fue del 22.2% en el grupo de 0 a 2 años.

Factores de riesgo

Edad < 2 años, infecciones respiratorias superiores, alergias, asistencia a guarderías, deficiencias inmunológicas, anomalías anatómicas.

Signos y síntomas

Dolor de oído este se describe tipo pulsaciones o al momento de hacer tracción de la oreja, hipoacusia, secreción del oído, fiebre, malestar general y en casos más avanzados puede generar vértigo y/o disminución del equilibrio.

Diagnóstico

Se basa en una exhaustiva valoración clínica, detallando factores de riesgo y los signos y síntomas ya mencionados previamente, con el otoscopio podríamos observar presencia de secreción, si hay alteración timpánica.

Se puede complementar con examen auxiliares como: audiometría, TAC del oído en caso de querer evaluar extensión de infección.

Tratamiento

El manejo es disminuir inflamación y dolor usando analgésicos como el ibuprofeno, gotas óticas, antibióticos en caso lo amerite principalmente amoxicilina x 10 días tiene una buena cobertura, por el otro lado si es viral sería observar y tratamiento sintomático.

3.3.4. Caso 4 Neumonía Atípica

La neumonía atípica es una infección de las vías respiratorias inferiores siendo generada por agentes patógenos distintos a las más frecuentes causas de la neumonía típica, presentan síntomas distintos y un patrón intersticial a diferencia de un patrón de consolidación como suele ser en la mayoría de neumonías atípicas.

Epidemiología

Sus principales agentes infecciosos son *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydomphila pneumoniae*, *Legionella pneumophila*, virus sincitial respiratorio. *Mycoplasma* y *Chlamydomphila* suelen afectar pacientes pediátricos, también pueden afectar personas mayores, la legionella es menos común pero se relaciona con mayor agravamiento del cuadro. Por un lado, las neumonías atípicas son el 15 a 20 % de todas las neumonías que estas suelen causar 2.5 millones de muertes al año con mayor frecuencia afectando los extremos de la vida menores de 5 años y mayores de 65 años.

Factores de Riesgo

Estos factores varían de acuerdo con el agente responsable del cuadro:

1. *Mycoplasma Pneumoniae* : edad entre 5 a 30 años , vivir en lugares de hacinamiento
2. *Chlamydia pneumoniae*: edad entre 30 y 60 años, consumo de tabaco, antecedente de cardiopatía.
3. *Legionella Pneumophila*: mayores de 50 años, tabaquismo, EPOC, Asma, Fibrosis Quística, Diabetes *mellitus*, enfermedad Renal Crónica.

Signos y síntomas

La sintomatología a diferencia de las neumonías atípicas es que son más sutiles y pueden tardar más en aparecer.

- tos seca persistente, cefalea, Disnea, hipoxia, fatiga, fiebre baja a diferencia de las típicas que cursan con temperaturas elevadas y con tos productiva, odinofagia.

Diagnóstico

En la actualidad el diagnosticar neumonía atípica no es una tarea fácil, de modo que, su sintomatología suele simular como si fueran otras enfermedades del sistema respiratorio y los exámenes de sangre se pueden encontrar sin alteración en las primeras etapas.

Con la finalidad de tener un certero diagnóstico hacemos una buena filiación y anamnesis, objetivando que la clínica más exámenes complementarios no ayudará a diagnosticar.

- Radiografía de tórax a diferencia de neumonía típica pueden presentar patrones intersticiales en vez de consolidación. TAC de pulmón una prueba más específica.
- Hemograma, Cultivo en esputo

Tratamiento

En la terapéutica de esta infección se suele usar antibióticos, como azitromicina, claritromicina, doxiciclina. En adición se debe tratar los síntomas acoplados la cuadro como en ocasiones que indicaremos Broncodilatadores, corticosteroides;

Cuando queremos tratar el mycoplasma usar empíricamente macrólidos, doxiciclina 100 mg o fluoroquinolonas (levofloxacino 500 mg); en pacientes hospitalizados que no requieren estar en UCI se les tratara con fluoroquinolona o con Betalactámicos ceftriaxona en adición a un macrólido.

3.4 Rotación en Cirugía

3.4.1 Caso 1 Hernia Umbilical

Hernia umbilical es una enfermedad en la cual parte del intestino se produce por una sección débil de la pared abdominal alrededor del ombligo. Puede afectar a cualquier grupo etario, y es más común en bebés y personas con sobrepeso. Frecuentemente, la hernia umbilical no causa complicaciones graves y puede tratarse con cirugía.

Epidemiología:

La prevalencia de la hernia umbilical varía según la población y la ubicación geográfica. En algunos países, como Noruega, se informa que la prevalencia llega al 20% en la población general, mientras que, en otros países, como Japón, la prevalencia es mucho más baja, alrededor del 1-2%. Es más frecuente en mujeres que en hombres y aún más común en bebés y adultos con sobrepeso o antecedentes de cirugía abdominal.

Factores de Riesgo:

Edad: Frecuentemente en bebés y la condición tiende a resolverse por sí sola a la edad de 1 o 2 años. Sin embargo, en algunos casos, la hernia puede persistir o desarrollarse más tarde en la vida.

Género: mujeres > hombres, posiblemente debido a cambios en los músculos abdominales relacionados con el embarazo.

Obesidad: IMC > 24,9 genera riesgo de desarrollar una hernia umbilical ya que el exceso de peso ejerce una mayor presión sobre los músculos abdominales.

Cirugía abdominal: un historial de cirugía abdominal, como una cesárea o una apendicectomía, puede debilitar los músculos abdominales y aumentar el riesgo de desarrollar una hernia umbilical.

Tos crónica: la tos crónica, como la que se produce por fumar o por enfermedades respiratorias, puede aumentar la presión abdominal y debilitar los músculos abdominales.

Antecedentes familiares: las hernias umbilicales pueden presentarse en familias, lo que indica una predisposición genética a la afección.

Embarazo: Puede debilitar los músculos abdominales y aumentar el riesgo de desarrollar una hernia umbilical, especialmente en mujeres que han tenido múltiples embarazos o bebés grandes.

Signos y síntomas

El signo más común de una hernia umbilical es un bulto o hinchazón alrededor del ombligo. El bulto puede ser más notorio al ponerse de pie, toser o hacer fuerza y puede desaparecer o reducirse al acostarse. Otros síntomas pueden incluir:

- Dolor o incomodidad en el sitio de la hernia, especialmente al levantar objetos pesados o hacer esfuerzos.
- Náuseas, vómitos o estreñimiento, que pueden ocurrir si una porción del intestino queda atrapada en la hernia (hernia encarcelada) y su suministro de sangre se ve comprometido (hernia estrangulada).
- Enrojecimiento, calor o sensibilidad alrededor del sitio de la hernia, lo que puede ser un signo de infección

Diagnóstico

El diagnóstico de una hernia umbilical generalmente implica principalmente un buen examen físico y anamnesis, el examinador palpa la pared abdominal en busca de una protuberancia reducible o hinchazón en el ombligo. Se puede realizar maniobras, como pedirle al paciente que tosa o se esfuerce, para facilitar la detección de la hernia (maniobra de Valsalva).

En algunos casos, se pueden realizar pruebas de diagnóstico adicionales, como ecografía o tomografía computarizada (TC), para confirmar el diagnóstico, evaluar el tamaño y la ubicación de la hernia y descartar otras posibles afecciones.

Tratamiento

El tratamiento de la hernia umbilical está determinado por varios factores, como el tamaño de la hernia, el estado del paciente y los síntomas. La reparación quirúrgica generalmente se recomienda en casos de hernias grandes, hernias sintomáticas o hernias con alto riesgo de incarceration o estrangulación.

La reparación de la hernia umbilical se puede realizar a través de un abordaje abierto o laparoscópico según el tamaño y la ubicación de la hernia. Durante el procedimiento, se reduce el tejido herniado y se repara el defecto de la hernia con suturas o malla. La técnica quirúrgica y el abordaje pueden variar dependiendo de la gravedad de los síntomas.

Se recomienda la conducta expectante, especialmente para hernias pequeñas y asintomáticas, con citas regulares de seguimiento para monitorear su progreso. También se recomienda a los pacientes que eviten levantar objetos pesados o realizar actividades extenuantes para evitar generar presión intraabdominal y el empeoramiento de la hernia.

3.4.2. Caso 2 Absceso

Un absceso del pabellón auricular es una acumulación localizada de pus que se forma dentro del pabellón auricular, que es la parte exterior visible del oído. Generalmente causada por infección bacteriana, como *Staphylococcus aureus*, y puede provocar dolor, enrojecimiento, hinchazón y calor en el área afectada.

Epidemiología

Los abscesos del pabellón auricular no son muy comunes, pero pueden ocurrir en personas de cualquier edad, incluidos niños y adultos. Son más comunes en el género masculino que femenino, y las personas con ciertas afecciones subyacentes, como diabetes, inmunodeficiencia o afecciones crónicas de la piel, pueden correr un mayor riesgo.

Factores de riesgo

- Trauma en el oído, como por una lesión o por una limpieza agresiva del oído.
- Perforación de la oreja, que puede introducir bacterias en la piel.
- Infecciones de la piel, como foliculitis y forunculosis, que pueden extenderse al oído.
- Sistema inmunitario debilitado, lo que puede dificultar que el cuerpo combata las infecciones.
- Afecciones crónicas de la piel, como el eccema o la psoriasis, que pueden dañar la piel y hacerla más susceptible a las infecciones.
- Diabetes, que puede debilitar el sistema inmunitario y afectar la circulación del oído.
- Uso inadecuado de audífonos o tapones para los oídos, que pueden dañar el oído y hacerlo más susceptible a infecciones.
- Sudoración excesiva, que puede crear un ambiente húmedo favorable para el crecimiento bacteriano.

Signos y Síntomas

- Eritema y sensibilidad en la región auricular.
- Edema e inflamación alrededor del pabellón auricular.
- Mayor calor y sensibilidad a la palpación.
- Secreción purulenta o exudado del área afectada.
- Prurito o parestesia en la región auricular.
- Hipoacusia conductiva o plenitud auditiva.
- Puede haber pirexia, escalofríos y malestar general.
- También pueden ocurrir dolor de cabeza y vértigo.

Diagnóstico

El diagnóstico de absceso del pabellón auricular generalmente implica un examen físico y una revisión del historial médico del paciente. Durante el examen, se debe dar énfasis en buscar signos de inflamación, como enrojecimiento, hinchazón y sensibilidad. También pueden verificar si hay drenaje o secreción del absceso.

En ciertos casos, se pueden ordenar estudios de imágenes como ultrasonido o tomografía computarizada para evaluar la gravedad de la infección y excluir otras posibles afecciones. También se pueden realizar exámenes de laboratorio para identificar signos de infección o inflamación.

Tratamiento

El tratamiento del absceso del pabellón auricular implica principalmente el drenaje del absceso y el manejo de la infección subyacente. Puede realizarse un procedimiento de incisión y drenaje después de administrar anestesia local. Este procedimiento generalmente se realiza como paciente ambulatorio y no requiere hospitalización.

La elección de antibióticos para tratar un absceso del pabellón auricular depende de la gravedad de la infección, la edad del paciente, el historial médico y cualquier alergia.

Para infecciones leves, el Minsa recomienda antibióticos orales como:

- Amoxicilina/clavulanato (875/125mg) cada 12h por 5 a 7 días
- Doxiciclina: (100mg) cada 12h por 7 a 10 días
- Cefalexina (500mg) cada 6h por 5 a 7 días
- Clindamicina (300-450mg) tres veces al día durante 5 a 7 días
- Trimetoprim/sulfametoxazol (160/800mg) cada 12h por 5 a 7 días

Se pueden sugerir estrategias de manejo del dolor como el paracetamol o los AINES. Si la infección se ha propagado a otras partes del oído, la nariz o la garganta, puede derivar al paciente a un otorrinolaringólogo para una evaluación y tratamiento adicionales.

3.4.3. Litiasis Vesicular

Los cálculos biliares son pequeños depósitos sólidos que se forman en la vesícula biliar, están compuestos básicamente de colesterol y sales biliares que pueden variar en tamaño desde partículas diminutas conocidas como barro biliar hasta piedras de pequeño, mediano y grande calibre que pueden obstruir los conductos biliares.

Epidemiología

Los cálculos biliares es una enfermedad común afectando a millones de personas. Son más comunes en mujeres, adultos mayores y personas con sobrepeso u obesidad.

En Perú, la prevalencia estimada de cálculos biliares es de aproximadamente 8-10%, observándose una mayor incidencia en áreas urbanas y entre mujeres. La enfermedad de la vesícula biliar, incluidos los cálculos biliares, es una causa frecuente de hospitalizaciones, representando más del 3% de todas las hospitalizaciones en 2018, según los datos proporcionados por el Ministerio de Salud. Además, los cálculos biliares son una de las principales razones de las intervenciones quirúrgicas en el país, con más de 29 000 colecistectomías realizadas en 2018. Además, ciertos grupos étnicos, como las poblaciones andinas y amazónicas, tienen una mayor incidencia de cálculos biliares.

Factores de riesgo:

- La probabilidad de desarrollar cálculos biliares aumenta con la edad, adultos mayores de 60 años son más propensos.
- Las mujeres son más propensas a desarrollar cálculos biliares en comparación con los hombres, posiblemente debido a los niveles elevados de estrógeno.
- La obesidad o el sobrepeso aumentan el riesgo de desarrollar cálculos biliares.

- Los antecedentes familiares de cálculos biliares también pueden predisponer a las personas a desarrollar la afección.
- Ciertos grupos étnicos, incluidos los nativos americanos y los mexicanoamericanos, tienen alta probabilidad de desarrollar cálculos biliares.
- Pérdida de peso rápida, como se ve con la cirugía bariátrica o con una dieta extrema.
- Ciertas condiciones médicas como la enfermedad de Crohn, Cirrosis hepática y la diabetes pueden contribuir al desarrollo de cálculos biliares.
- Ciertos medicamentos como los medicamentos para reducir el colesterol
- Las gestantes o puérperas aumenta la posibilidad de desarrollar cálculos biliares.

Signos y Síntomas:

Gran porción de personas con cálculos biliares no experimentan ningún síntoma y los cálculos se descubren incidentalmente durante las pruebas de imagen para otras afecciones. Sin embargo, si los litos se alojan en los conductos biliares o causan inflamación de la vesícula biliar, se pueden desarrollar síntomas. Estos pueden incluir:

- Dolor abdominal, generalmente ubicado en HCD o Mesogastrio, que puede irradiarse a la espalda o al omóplato
- Náuseas y vómitos
- Hinchazón e indigestión
- Ictericia
- Heces de color arcilla y orina oscura.

Diagnóstico

El diagnóstico de cálculos biliares generalmente se realiza a través de estudios de imágenes como ecografía, tomografía computarizada o

resonancia magnética más asociada con la clínica que presenta el paciente. También se pueden realizar exámenes de laboratorio evaluar la función hepática y descartar otras enfermedades que pueden causar síntomas similares

Tratamiento

El tratamiento de los cálculos biliares del sintomatología y complicaciones. En la mitad de los casos, los cálculos biliares pueden no requerir tratamiento si no causan síntomas. Sin embargo, si los síntomas están presentes, el tratamiento incluye cirugía para extirpar la vesícula biliar. En casos severos con complicaciones como pancreatitis u obstrucción del conducto biliar, puede ser necesaria una intervención de emergencia.

3.4.4. Caso 4 Apendicitis Aguda Complicada

Apendicitis aguda es una emergencia quirúrgica común en todo el mundo y la mayoría de los pacientes presentan características clínicas típicas. Sin embargo, en algunos casos, los pacientes pueden presentar apendicitis aguda complicada, lo que puede conducir a una mayor morbilidad y mortalidad.

Epidemiología

Apendicitis aguda complicada es una afección médica grave que puede conducir a una mayor morbilidad y mortalidad. La incidencia de apendicitis aguda varía a nivel mundial, con las tasas más altas reportadas en países industrializados. En Perú, la incidencia de apendicitis aguda se estima en 4,4 por 1000 personas por año.

Factores de Riesgo

- Los pacientes que demoran en buscar atención médica por sus síntomas de apendicitis aguda tienen más probabilidades de experimentar complicaciones.

- Los pacientes más jóvenes son más propensos a desarrollar apendicitis aguda complicada.
- El sexo masculino tiene un mayor riesgo de desarrollar apendicitis aguda complicada.
- La obesidad contribuye a desarrollar apendicitis aguda asociándose con una mayor probabilidad de experimentar complicaciones.
- Los pacientes con antecedentes de cirugía abdominal son más susceptibles.
- Un sistema inmunitario debilitado puede aumentar el riesgo de desarrollar complicaciones en la apendicitis aguda.
- Pacientes con condiciones comórbidas, incluida la diabetes, son más propensos a desarrollar complicaciones por apendicitis aguda.

Signos y síntomas:

La apendicitis aguda complicada muestra signos y síntomas similares a los de la apendicitis aguda no complicada. Sin embargo, los pacientes con apendicitis aguda complicada también pueden mostrar signos sistémicos de infección, como fiebre, taquicardia, y recuento alto de glóbulos blancos. Los pacientes también pueden mostrar signos de formación de abscesos, que incluyen sensibilidad e hinchazón localizadas.

La puntuación de Alvarado es una herramienta de diagnóstico para la apendicitis aguda basada en ocho características clínicas, que incluyen dolor migratorio en el cuadrante inferior derecho, anorexia, náuseas y vómitos, sensibilidad en el cuadrante inferior derecho, sensibilidad de rebote, fiebre, leucocitosis y cambio del recuento de leucocitos al izquierda.

A cada característica se le asigna un valor en puntos, con dolor migratorio en el cuadrante inferior derecho, anorexia, náuseas y vómitos, cada uno vale un punto, sensibilidad en el cuadrante inferior derecho y cambio del recuento de leucocitos a la izquierda valen dos puntos cada uno, y dolor de rebote, fiebre, y leucocitosis valen un punto cada uno.

Una puntuación de 7 o más sugiere apendicitis, mientras que una puntuación de 5 o menos sugiere una baja probabilidad de apendicitis. Las puntuaciones

en el rango intermedio pueden requerir pruebas adicionales u observación clínica para hacer un diagnóstico definitivo.

Diagnóstico

El diagnóstico de apendicitis aguda complicada generalmente se determina netamente a través de un examen clínico, exámenes complementarios de laboratorio e imágenes pueden ayudar al diagnóstico. La ecografía y la tomografía computarizada (TC) son métodos de imagen utilizados con mayor frecuencia para diagnosticar la apendicitis aguda complicada.

Tratamiento

La apendicitis aguda complicada generalmente se trata con una intervención quirúrgica, que puede ser un abordaje abierto o laparoscópico. Si hay formación de abscesos, los pacientes pueden requerir drenaje quirúrgico o percutáneo antes del procedimiento de apendicectomía. La terapia con antibióticos también es un aspecto importante del plan de tratamiento para la apendicitis aguda complicada.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

En la experiencia que hemos tenido a lo largo de nuestro internado podemos decir que empezamos en un periodo que aún persistía gran cantidad de casos covid; actualmente, su sintomatología es leve a diferencia de cuando la población no estaba inmunizada, por este motivo, durante nuestra rotación en los centros de salud hemos salido a campañas de vacunación con la finalidad de tener una buena cobertura y con ello prevenir las complicaciones graves de virus COVID-19.

En segundo lugar, el sistema de salud peruano es una red integrada por la que los pacientes son atendidos en sus diversos establecimientos, con el uso de referencias y contrarreferencias, de manera que evitemos la congestión de los hospitales grandes, con ello, al realizar tamizaje, prevención primaria y promoción de la salud; los pacientes son captados de forma precoz, por ende, serán manejados en estadios tempranos y se evita que lleguen a desarrollar enfermedades terminales como son las complicaciones de la diabetes *mellitus* y la hipertensión arterial.

Por otra parte, hemos desarrollado nuestro último año universitario al realizar prácticas en centros de salud de categoría I-3 y en un hospital de mayor complejidad, Vitarte; hemos adquirido y reforzado conocimientos del manejo de los pacientes, de tal manera que podemos afrontar situaciones de emergencia y urgencia, mientras que, en los años previos (2 años) fueron clases virtuales que al no ser reforzadas con las prácticas no se llegó a aprender mucho. En adición, es muy importante complementar las clases teóricas con las prácticas como sucede en el internado médico, de modo que, al culminar esta etapa, ya seremos oficialmente doctores, responsables de nuestras decisiones, diagnósticos, tratamientos y con ellos cuando salgamos al campo podremos afrontar, de forma segura, alguna adversidad, por el motivo que somos personal de salud capacitado.

Con respecto al COVID-19, en ambos ámbitos laborales, nos brindaron e equipos de protección personal, respeto del horario laboral y se realizó de

forma precoz detección de los pacientes con infección y se sigue un protocolo en el cual se les hace un seguimiento para evaluación si hay una mejoría clínica, otro objetivo, es la inmunización de las personas; actualmente, contamos en Perú con 4 dosis y la Bivalente, que es la de refuerzo; gracias a las inmunizaciones se ha logrado que esta enfermedad se perciba como un resfriado común.

CONCLUSIONES

El internado es un momento muy importante de la formación del médico peruano, se refuerzan los conocimientos adquiridos a lo largo del periodo universitario para poder afrontar, en un futuro, todo tipo de adversidades y tener una buena respuesta a los eventos; para fortalecer este conocimiento, es muy importante la teoría para, posteriormente, con la práctica consolidar lo aprendido.

Por otro lado, la diferencia entre un puesto de salud y un hospital se encuentra en la capacidad resolutive, en la cual podemos aprender a manejar las cosas cuando contamos con pocos recursos y además captar a pacientes de forma temprana para evitar que llegue a complicaciones de las enfermedades o llegar en etapas terminales, de modo que se trabaja con una red integral de salud con el uso de referencias y contrarreferencias.

Dentro del internado, el trabajo debe ser la ejecución organizada y guiada para realizar toma de decisiones y buscar el bienestar del paciente, de forma social, física y psicológicamente, de tal manera que lo enfoquemos en una atención integral de la salud y todo esto va de la mano con un trabajo en equipo multidisciplinario para llegar a cumplir las metas y objetivos.

RECOMENDACIONES

En primer lugar, lo principal sería tener motivación por aprender más, aspectos que se desconozcan consultarlos o leer y no quedarse con la duda. Una de las formas que se utiliza son las exposiciones frente a los doctores de modo que por retroalimentación ir ampliando el conocimiento con la experiencia de los especialistas.

Se debe considerar el cumplimiento de las horas estipuladas en el contrato y el recibir un estipendio mínimo vital para cubrir necesidades como alimentación, movilidad.

Además, disminuir el tiempo de pasantía de centro de salud debido a que se realiza durante 5 meses los cuales son la mitad de todo el internado y con solo 2 meses bastaría para conocer bien el manejo en el primer nivel de atención de manera que nosotros podamos extrapolar en nuestro SERUMS.

Por último, estar en capacitaciones constantes e incentivación en el cuidado personal, prevención y promoción de la salud, el buen uso de equipos de protección personal, hacer más campañas para despistaje de enfermedades no transmisibles en atención primaria de la salud.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ministerio de Salud - Hospital Vitarte [Internet]. [citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://www.hospitalvitarte.gob.pe/portal/index.php?mod=service>
2. Brucellosis: Epidemiology, microbiology, clinical manifestations, and diagnosis [Internet]. Uptodate.com. [citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/cirrhosis-in-adults-overview-of-complications-general-management-and-prognosis?search=cirrosis%20hepatica&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
3. Mendoza-Ticona A, Espejo-Guevara H, Gabriel-Condorcanqui F, Prado-Coh D, Llanos-Zavalaga F. Comparison of doxycycline-rifampicin and doxycycline-streptomycin regimens in the treatment of brucellosis in Peru: a randomized controlled trial. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2019;36(1):40-6.
4. Estadísticas Vitales, INEI del Perú (2014-2018): [Internet]. Gob.pe. [citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1746/Tabla-14.pdf
5. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK), USA: Cirrhosis - Causes and Risk Factors [Internet]. Nih.gov. [citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/liver-disease/cirrhosis/causes>
6. Mayo Clinic, USA: Cirrhosis - Symptoms and causes: [Internet]. 2023 [citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/cirrhosis/symptoms-causes/syc-20351487>
7. Guía de Practica Clínica de Gastroenterología [Internet]. [citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2013/03072014_gu%c3%8da_de_pr%c3%81ctica_cl%c3%8dnica_de_gastroenterolog%c3%8da.pdf

8. Wigley FM, Flavahan NA. Raynaud's Phenomenon. *N Engl J Med*. 2016;375(6):556-565. doi: 10.1056/NEJMra1507638.
9. Wigley, F. M. (2016). Raynaud phenomenon. UpToDate. Retrieved from <https://www.uptodate.com/contents/raynaud-phenomenon>
10. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el manejo de la celulitis. 2015 [cited 2023 Mar 27]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/478831-223-vm-minsa-2015>.
11. Lipsky BA. Soft tissue infections of the skin and underlying tissues. In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, editors. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020. p. 1013-1028.
12. HELLP Syndrome [Internet]. Uptodate.com. [citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/hellp-syndrome-hemolysis-elevated-liver-enzymes-and-low-platelets?search=sindrome%20de%20hellp&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
13. Perú: Estadísticas de mortalidad materna 2020 [Internet]. Gob.pe. [citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1744/index.html
14. American College of Obstetricians and Gynecologists. HELLP Syndrome: Diagnosis and Management. *Obstetrics & Gynecology*. 2018; 132(3): 718-725.
15. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 200: Early pregnancy loss. *Obstetrics and Gynecology*. 2018;132(5):e197-e207. doi: 10.1097/AOG.0000000000002923. Disponible en: https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2018/11000/Practice_Bulletin_No__200__Early_Pregnancy_Loss.52.aspx.
16. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013). Practice Bulletin No. 130: Prediction and prevention of preterm birth. *Obstetrics and gynecology*, 121(4), 964-973. doi: 10.1097/01.AOG.0000428692.38571.b6

17. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Boletín Epidemiológico Semanal, Semana Epidemiológica 52, 2019. Lima, Perú: Ministerio de Salud.
18. American College of Obstetricians and Gynecologists. Preterm Labor and Birth: ACOG Practice Bulletin, Number 226. Obstetrics and Gynecology. 2020; 135(2): e32-e42. doi: 10.1097/AOG.0000000000003653.
19. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor. Obstetrics and Gynecology. 2016;128(4):e155-e164. doi: 10.1097/AOG.0000000000001711. Disponible en: https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2016/10000/Practice_Bulletin_No__171__Management_of_Preterm.40.aspx
20. Ministerio de Salud del Perú. Guía de Práctica Clínica para la Atención Integral de la Gestante con Preeclampsia y/o Eclampsia [Internet]. [Lima]: Ministerio de Salud del Perú; [actualizado en 2015; citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_15.asp
21. Preeclampsia and eclampsia”, [Internet]. Uptodate.com. [citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-and-eclampsia>
22. Orphanet. Sindactilia. [Internet]. [citado 27 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=ES&data_id=152&Disease_Disease_Search_diseaseGroup=sindactilia&Disease_Disease_Search_diseaseType=Pat&Enfermedade%28s%29/grupo%20de%20enfermedades=Sinactilia&title=Sindactilia&search=Disease_Search_Simple
23. American Society for Surgery of the Hand. Syndactyly. [Internet]. [citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.assh.org/handcare/hand-arm-conditions/syndactyly>
24. Pan American Health Organization. Diarrea por Shigella. [Internet]. [citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9089:diarrea-por-shigella&Itemid=40275&lang=es.

25. American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. Otitis Media [Internet]. 2019 [citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.enthealth.org/conditions/otitis-media/>
26. National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. Ear Infections in Children. [Internet]. Bethesda (MD): NIDCD; [actualizado el 29 de enero de 2019; citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.nidcd.nih.gov/health/ear-infections-children>
27. Chlamydia pneumoniae [Internet]. [acceso en 27 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/chlamydia-pneumoniae>
28. "Atypical pneumonia - Symptoms and causes" [Internet]. Mayo Clinic. [Acceso en 27 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/atypical-pneumonia/symptoms-causes/syc-20352200>
29. Fitzgibbons RJ Jr, Greenburg AG. Current surgical therapy. 12th ed. Elsevier; 2017. Chapter 31: Umbilical hernias.
30. Lagoo J, Hazzan D, Earle D, et al. Umbilical hernia repair: a review of current literature. World J Surg. 2018;42(10):3083-3089. doi: 10.1007/s00268-018-4783-7.
31. Aboian E, Winter DC. Epidemiology and socioeconomic impact of ventral hernia repair. Surg Clin North Am. 2018;98(3):511-520. doi: 10.1016/j.suc.2018.02.003.
32. Portincasa P. Therapy of gallstone disease: What it was, what it is, what it will be. World Journal of Gastrointestinal Pharmacology and Therapeutics. 2012;3(2):7.
33. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica: Litiasis vesicular y coledocolitiasis. [Clinical Practice Guideline: Gallstones and Choledocholithiasis]. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2018. Available from: https://www.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/gpc_litiasis_vesicular_coleocolitiasis.pdf
34. Ministerio de Salud. Análisis de la Situación de Salud del Perú 2018. [Analysis of the Health Situation in Peru 2018]. Lima, Perú: Ministerio

- de Salud; 2018. Available from: <https://www.minsa.gob.pe/datosabiertos/ASIS2018/index.html>
35. American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. External Ear Infections. American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 2019. Available from: <https://www.enthealth.org/conditions/external-ear-infections/> [Accessed March 26, 2023].
36. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica: Infecciones de piel y partes blandas. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2018. Available from: https://www.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/guia_ipsb.pdf
37. Merck Manual Consumer Version. Pinna Abscess. Merck Manual Consumer Version. 2021. Available from: <https://www.merckmanuals.com/home/ear,-nose,-and-throat-disorders/outer-ear-infections/pinna-abscess> [Accessed March 26, 2023].
38. Maldonado GD, López DM, Guevara GL, Rodríguez MR, Castillo AM. Infecciones de piel y partes blandas: epidemiología y manejo. Revista de la Facultad de Medicina Humana. 2019;19(2):243-249. Available from: <https://doi.org/10.25176/RFMH.v19i2.2406>
39. Prada-Rios M, Piscoya A, Málaga G. Epidemiology of Acute Appendicitis in Peru: Analysis of a Nationwide Database. Clinical Epidemiology. 2021;13:21-27. doi: 10.2147/CLEP.S376665.
40. Glasgow SC, Gaertner W, Stewart D, Davids J, Alavi K, Paquette IM, et al. The American Society of Colon and rectal surgeons, clinical practice guidelines for the management of Appendiceal Neoplasms. Diseases of the Colon & Rectum. 2019;62(12):1425–38.
41. De Quesada Suárez Leopoldo, Ival Pelayo Milagros, González Meriño Caridad Lourdes. La escala de Alvarado como recurso clínico para el diagnóstico de la apendicitis aguda. Rev Cubana Cir [Internet]. 2015 Jun [citado 2023 Mar 24] ; 54(2): 121-128. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932015000200004&lng=es.

ANEXOS

ANEXO 1

Clasificación Child-Pugh de la gravedad de la cirrosis

Parámetro	Puntos asignados		
	1	2	3
ascitis	Ausente	Leve	Moderado
bilirrubina	<2 mg/dl (<34,2 micromol/l)	2 a 3 mg/dL (34,2 a 51,3 micromol/L)	>3 mg/dl (>51,3 micromol/l)
Albúmina	>3,5 g/dL (35 g/L)	2,8 a 3,5 g/dL (28 a 35 g/L)	<2,8 g/dL (<28 g/L)
Tiempo de protrombina (segundos sobre el control) o USD	<4	4 a 6	>6
Encefalopatía	Ninguno	Grado 1 a 2	Grado 3 a 4

ANEXO 2

ESCALA DE GLASGOW PARA EL NIVEL DE CONCIENCIA

Apertura ocular		Respuesta motora		Respuesta verbal	
Espontánea	4	Obedece órdenes verbales	6	Orientado	5
A órdenes	3	Localiza dolor	5	Desorientado	4
A dolor	2	Retira al dolor	4	Palabras inapropiadas	3
Sin respuesta	1	Flexiona al dolor	3	Sonidos inapropiados	2
		Extiende al dolor	2	Sin respuesta	1
		Sin respuesta	1		

Para obtener la calificación, se suman las respuestas ocular, verbal y motora.

La mejor calificación es 15 y la peor 3. La encefalopatía severa es definida con una calificación < 12.

Practice guideline: Evaluation of the patient for liver transplantation. AASLD. Hepatology 2005; 41(6) June: 1-26.

ANEXO 3

Puntaje de Alvarado modificado para el diagnóstico de apendicitis

Rasgo	Puntos
Dolor migratorio en cuadrante inferior derecho	1
Anorexia	1
Náuseas o vómitos	1
Sensibilidad en el cuadrante inferior derecho	2
Dolor de rebote en el cuadrante inferior derecho	1
Fiebre >37.5°C (>99.5°F)	1
Leucocitosis de glóbulos blancos >10 × 10 ⁹ /litro	2
Total	9

La puntuación de 0 a 3 indica que la apendicitis es poco probable y se deben buscar otros diagnósticos. Una puntuación de ≥ 4 indica que el paciente debe ser evaluado más a fondo por apendicitis.