



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO EN DOS HOSPITALES DE
ALTA COMPLEJIDAD Y UN CENTRO DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN DE LIMA ESTE

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

GIAN LUIGGI PATRONI GONZALES

MAX DAVID CHAFLOQUE DÁVILA

ASESOR

HENRY NELSON MORMONTOY CALVO

LIMA - PERÚ

2023



**Reconocimiento
CC BY**

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO EN DOS HOSPITALES DE ALTA
COMPLEJIDAD Y UN CENTRO DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE
LIMA ESTE**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL TÍTULO ACADÉMICO DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

GIAN LUIGGI PATRONI GONZALES

MAX DAVID CHAFLOQUE DÁVILA

ASESOR:

HENRY NELSON MORMONTOY CALVO

LIMA, PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dra. UGARTE REJAVINSKY KARIM ELIZABETH

Miembro: Dra. CYNTHIA LEGNA HUBY MUÑOZ

Miembro: Dra. MARIA ELENA CASTRO VALLEJO

2023

DEDICATORIA

Agradecemos al creador por iluminar nuestro camino, a nuestros seres queridos que moran en el oriente eterno y desde ahí velan por nosotros. A nuestras madres que con su amor y apoyo incondicional en cada uno de nuestros pasos han permitido el nacimiento de dos nuevos integrantes a la orden de galenos, siendo ellas nuestra mayor motivación y fuerza ante las adversidades. Finalmente, a cada una de las personas que nos tendieron su mano en el momento oportuno, familiares, amigos y maestros.

INDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL.....	3
1.1 Rotación de Cirugía General	3
1.2 Rotación de Ginecología y Obstetricia	10
1.3 Rotación de Pediatría	16
1.4 Rotación de Medicina Interna.....	21
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	26
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	29
3.1 ROT. CIRUGÍA GENERAL	29
3.2 ROT. GINECO OBSTETRICIA.....	34
3.3 ROT. PEDIATRÍA.....	39
3.4 ROT. MEDICINA INTERNA	44
CAPITULO IV. REFLEXION CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA.....	49
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES	54
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	56
ANEXOS.....	62

RESUMEN

En el Perú, el internado de la carrera de Medicina Humana es un periodo en el cual los estudiantes concretan una formación integral y realizan prácticas bajo la orientación de profesionales que poseen experiencia en el ámbito hospitalario o en establecimientos de atención sanitaria. Esto se realiza con el objetivo de que los futuros médicos puedan desarrollar habilidades para desempeñarse con confianza y con completa seguridad de sus conocimientos en una situación clínica real. En el 2022 el periodo de internado tuvo un tiempo de duración de 10 meses, siendo la fecha de inicio el 1 de junio del 2022 y la fecha de culminación el 31 de marzo del 2023. Las rotaciones por las cuales estuvo dividida el internado fueron divididas entre hospitalarias y en un establecimiento de salud; siendo las primeras en el Hospital Nacional Hipólito Unanue y el Hospital Ate Vitarte, y la última, en el Centro de Salud Alfa y Omega. Las 4 rotaciones realizadas fueron en las especialidades de Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Medicina Interna.

Objetivo: Detallar las experiencias vividas y el desarrollo general del internado médico realizado en el periodo de tiempo de junio del 2022 a marzo del 2023. Describir las situaciones en las que se llevó a cabo el internado, la ruta profesional obtenida y el empleo de los conocimientos a nivel profesional.

Metodología: Se detallaron las vivencias ocurridas en el internado de la carrera de Medicina Humana realizado en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, el Hospital Ate Vitarte, y en el Centro de Salud Alfa y Omega (I-3) y se expusieron los casos clínicos más frecuentes que se presentaron en el periodo de duración del internado.

Conclusiones: El internado perteneciente a la carrera de Medicina Humana es uno de los momentos claves para la correcta formación del profesional de salud ya que se trata del primer contacto real con los pacientes, por ello, es una etapa vital que se debe desarrollar a conciencia. Para que se logren formar médicos mejor preparados, se debe poner atención a este periodo de tiempo, verificar que se dé en condiciones óptimas y adecuadas. De esta manera la atención médica mejorará y con ello, la salud de los pacientes.

Palabras clave: Internado de Medicina Humana, medicina interna, ginecología y obstetricia, pediatría.

ABSTRACT

In Peru, the internship of the Human Medicine career is a period in which students complete comprehensive training and carry out internships under the guidance of professionals who have experience in the hospital environment or in health care establishments. This is done with the aim that future doctors can develop skills to perform confidently and with complete security of their knowledge in a real clinical situation. In 2022, the internship period lasted 10 months, with the start date being June 1, 2022 and the completion date March 31, 2023. The rotations by which the internship was divided were divided between hospitals and in a health facility; the first being at the Hipólito Unanue National Hospital and the Ate Vitarte Hospital, and the last, at the Alfa y Omega Health Center. The 4 rotations carried out were in the specialties of General Surgery, Gynecology and Obstetrics, Pediatrics and Internal Medicine. **Objective:** To detail the experiences lived and the general development of the medical internship carried out in the period from June 2022 to March 2023. Describe the situations in which the internship was carried out, the professional route obtained and the use of the knowledge at a professional level.

Methodology: The experiences that occurred in the internship of the Human Medicine career carried out at the Hipólito Unanue National Hospital, the Ate Vitarte Hospital, and at the Alfa y Omega Health Center (I-3) were detailed, and the most clinical cases were exposed. that occurred during the duration of the internship.

Conclusions: The internship belonging to the Human Medicine career is one of the key moments for the correct training of the health professional since it is the first real contact with the patients, therefore, it is a vital stage that must be developed conscientiously. To train better-prepared doctors, attention must be paid to this period of time, verifying that it occurs in optimal and adequate conditions. In this way, medical care will improve and with it, the health of patients.

Keywords: Human Medicine Internship, internal medicine, gynecology and obstetrics, pediatrics.

NOMBRE DEL TRABAJO

**DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO
EN DOS HOSPITALES DE ALTA COMPLE
JIDAD Y UN CENTRO DE SALUD DE PRIM
ER**

AUTOR

GIAN LUIGGI PATRONI GONZALES

RECuento DE PALABRAS

19030 Words

RECuento DE CARACTERES

107596 Characters

RECuento DE PÁGINAS

70 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

401.3KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 14, 2023 3:00 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 14, 2023 3:02 PM GMT-5

● **10% de similitud general**

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

- 10% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



Méd. Henry Nelson Mormontoy Calvo MSP
CMP 44512
<https://orcid.org/0000-0002-9230-337X>

INTRODUCCIÓN

En el Perú, el internado de la carrera de Medicina Humana es un periodo en donde los estudiantes se forman como futuros profesionales de la salud, es un ambiente propicio para desenvolverse en un sentido práctico, tomando como base los conocimientos teóricos adquiridos los años anteriores de estudio; asimismo, se incentiva el desarrollo de habilidades clínicas y formación del pensamiento crítico dentro de la atención médica que se pueda brindar. Esta etapa en los estudiantes de medicina es vital para el aprendizaje neto de los futuros doctores puesto que es donde se obtiene la oportunidad para poder trabajar con pacientes, aprender de cada caso clínico que se pueda presentar y, con ello, reflexionar que no solo se trata a las enfermedades sino también a los enfermos. Para ello, los estudiantes cuentan con todas las herramientas para establecer conexiones con los pacientes y seguir de cerca su tratamiento, de esta manera, se podrá alcanzar nuevas experiencias en el proceso de diagnóstico, atención y tratamiento del paciente; así como también, se podrá adquirir estrategias para establecer una correcta comunicación médico-paciente. La mayoría de las experiencias adquiridas o estrategias para resolver problemas, son recomendadas por un grupo de médicos que conservan una gran trayectoria y, por lo tanto, tienen experiencia en orientación y desenvolvimiento en el ambiente médico. Asimismo, vale destacar que el internado médico comprende aspectos amplios que solamente la atención médica, sino que también proporciona facilidad para comprender la realidad de cómo funciona el sistema de salud en nuestro país.

El año 2020, en donde se desató la pandemia por el Covid-19, significó un conjunto de retos completamente desconocidos hasta ese momento, tanto para los estudiantes de las carreras de salud como para los profesionales experimentados en el área y que trabajaban en establecimientos en donde se brindaba atención sanitaria. En este periodo de tiempo, todo el personal médico dentro de un hospital (estudiantes y doctores generales o especialistas) estuvo expuesto al virus del ambiente, y por lo tanto, tenían un mayor riesgo de adquirir la enfermedad; es por ello que la protección fue vital para todos los que se encontraban en primera línea. Entre las medidas de seguridad que fueron empleados para disminuir el contacto entre personas y la población en el hospital, modificó el tiempo de duración del internado, reduciéndolo a

un tiempo de 10 meses; asimismo, se implementó equipo necesario para la protección de todo el personal, se tuvo menos contacto entre médico-paciente y se redujo el tiempo en el que se realizaba la evaluación correspondiente a cada paciente.

Lo sucedido en pandemia deja una importante lección de vida ya que a pesar de las dificultades que surgieron, se tuvo la oportunidad de aprender de ello, consolidar los conocimientos y obtener nuevas habilidades clínicas que son vitales para la aplicación en el ámbito hospitalario y a nivel personal. Por lo cual, se concluye de esta reflexión que, muy a pesar de la grandeza del desafío, se pueden obtener nuevas formas para aprender de ellas y continuar desarrollándose a nivel personal y profesional.

El presente trabajo de suficiencia contempla 16 casos clínicos en donde se exhiben características de patologías comunes y las que fueron observadas con mayor frecuencia en el internado correspondiente a la carrera de Medicina Humana, realizado en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Hospital Ate Vitarte y el Centro de Salud Alfa y Omega, siendo este último un establecimiento categorizado en el primer nivel, específicamente I3.

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Rotación de Cirugía General

Caso Clínico 1

Anamnesis

Paciente de sexo femenino de 23 años es enviada al tópico de cirugía ya que manifiesta dolor abdominal de tipo cólico en Escala Visual Analógica (EVA) 9/10. Este dolor, en un inicio se localizaba en el epigastrio, pero se irradió con el pasar de las horas hacia un nivel del cuadrante inferior derecho, de preferencia fosa iliaca derecha desde aproximadamente 20 horas. Indica sensación de alza térmica, pérdida de apetito, náuseas, vómitos de contenido alimentario; así como también, menciona haber ingerido 4 tabletas de paracetamol en un lapso de 8 horas sin mejoría aparente, motivo por el cual acude al establecimiento de salud. Niega molestias urinarias, dolor pélvico y argumenta no tener relaciones sexuales desde hace 6 meses.

Antecedentes personales: Ninguno de importancia.

Antecedentes familiares: Madre diabética controlada, padre aparentemente sano.

Antecedentes quirúrgicos: Niega.

Alergias: Niega.

Medicación habitual: Ninguna.

Fecha de última regla: Hace 2 meses.

Examen Físico: MEG, AEN, AEH

- Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 84 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto, presión arterial: 110/70 mmHg, temperatura: 37.3°C, saturación: 98%, talla: 1.61 metros y peso: 74 kilos.
- Piel y faneras: Tibia, elástica, leve sequedad de mucosas, palidez +/+++ , llenado capilar menor a dos segundos.
- Tórax y pulmones: A la auscultación murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: A la auscultación, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: Globuloso a predominio de panículo adiposo, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y

profunda en hemiabdomen inferior, Rovsing, Blumberg y Mc Burney positivo.

- Sistema Nervioso Central: Ubicada en persona, espacio y tiempo con Escala de Glasgow de 15/15

Impresión diagnóstica

Síndrome Doloroso Abdominal

Abdomen Agudo Quirúrgico

Por descartar: Apendicitis Aguda Complicada

Exámenes auxiliares

Se solicita:

- Prueba de antígenos (Covid-19): negativa
- Hemograma: Se aprecia leucocitos en 19,400, segmentados: 91%, Proteína C Reactiva: 19, hemoglobina 11.9 mg/dL
- Beta-hCG cualitativa: negativo
- Examen de orina: leucocitos: 0-4 por campo, eritrocitos 0-1 por campo, nitritos negativos y ausencia de gérmenes
- Ecografía abdominal: Se tipifica apéndice de 7cm de diámetro, con grosor de la pared de 4.2 cm; concluyéndose una imagen sugestiva de proceso apendicular que sugiere corroborar con clínica.

Plan de trabajo:

1. Reposo alimenticio (nada por vía oral)
2. NaCl al 0.9% 1000cc + Dextrosa al 5%1000 + NaCl 20% 2 ampollas + KCl 20% 1 ampolla Endovenoso (EV)
3. Ciprofloxacino 200mg EV cada 12 horas
4. Ranitidina 50mg EV cada 12 horas
5. Control de las funciones vitales (CFV) cada 8 horas
6. Se programa para Sala de Operaciones según sea la respuesta dada por interconsulta.

Caso Clínico 2:

Anamnesis

Paciente varón de 41 años, quien acude por emergencia y es traído por conviviente ya que refiere le han propinado lesión en abdomen con objeto punzante, siendo víctima de una gresca, hace aproximadamente 3 horas. Presenta dolor abdominal en Escala Visual Analógica (EVA) 8/10, en forma difusa. Niega náuseas y vómitos.

Antecedentes personales: Ninguno de importancia.

Antecedentes quirúrgicos: Apendicectomía hace 5 años.

Medicación habitual: Ninguna.

Alergias: Niega.

Examen Físico

- Funciones Vitales: Presión Arterial: 110/70mmHg, frecuencia cardiaca: 70 latidos por minuto, temperatura: 37°C, frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto, saturación: 95%, talla: 1.75 metros y peso: 70 kilos
- Piel y faneras: Llenado capilar menor a dos segundos, palidez +/-+++.
- Tórax y pulmones: A la auscultación, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: A la auscultación ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: Globuloso, levemente distendido, RHA presentes, blando y depresible, dolor difuso a la palpación, solución de continuidad de aproximadamente 2 cm de bordes irregulares en hipogastrio, sangrado escaso sin signos peritoneales de momento.
- Sistema Nervioso Central: Ubicada en persona, espacio y tiempo con Escala de Glasgow de 15/15

Impresión diagnóstica

Herida Penetrante en Abdomen

Por descartar: Trauma Abdominal Abierto

Exámenes auxiliares

- Ecografía abdominal (ECO FAST)

- Hemograma: Se aprecia hemoglobina en 14,4 gr/dL, Hematocrito: 41.9%, leucocitos: 14.200, plaquetas: 23.8000 unidades, Tiempo de coagulación: 6.00", Tiempo de sangría: 2'30", Grupo y Factor: "O" positivo
- Glucosa: 109mg/dL
- Creatinina: 0.85 mgr/dL – Urea: 23.3 mgr/dL
- Examen completo de orina: Color amarillo, aspecto mínimamente turbio, densidad 1020, pH 5,9, células epiteliales: escasas, leucocitos 1-2/campo gérmenes: 1+
- Radiografía simple de abdomen; Radiografía de Tórax Postero-anterior

Plan de trabajo

1. Exploración de herida bajo anestesia local
2. Reposo alimenticio (nada por vía oral)
3. Sonda Nasogástrica
4. NaCl al 0.9% 1000cc EV
5. Omeprazol 40mg EV cada 24horas
6. Control de las funciones vitales (CFV) cada hora más monitoreo exhaustivo.

Caso Clínico 3

Anamnesis

Paciente femenina de 58 años, natural y procedente de Lima. Inicia padecimiento siete meses previos a la cirugía con cuadro de dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho, irradiado hacia el ángulo escapulo apexiano ipsilateral sin síntomas acompañantes. Sufre hace aproximadamente 40 días de dolor intenso, igualmente cólico, con náusea, vómitos y fiebre, que cedió con amoxicilina e hioscina por una semana (indicado en farmacia). Niega ictericia, acolia, coluria o fiebre.

Antecedentes personales: Niega crónico-degenerativos.

Antecedentes familiares: Madre y padre fallecidos en accidente.

Antecedentes quirúrgicos: Histerectomía abdominal secundaria a miomatosis hace cuatro años y oclusión tubárica bilateral de intervalo abierta hace 23 años sin complicaciones.

Alergias: Niega

Examen Físico:

- Funciones Vitales: Presión Arterial: 125/75mmHg, frecuencia cardiaca: 83 latidos por minuto, temperatura: 38°C, frecuencia respiratoria: 19 respiraciones por minuto, saturación: 97%, talla: 1.55 metros y peso: 72 kilos
- Piel y faneras: Llenado capilar menor a dos segundos, no palidez.
- Tórax y pulmones: A la auscultación, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: A la auscultación ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: globuloso, cicatriz mediana infraumbilical, estrías atróficas. Ruidos hidroaéreos normales. Dolor leve – moderado en cuadrante superior derecho a palpación profunda; hígado y bazo no se palpan.
- Sistema Nervioso Central: Ubicada en persona, espacio y tiempo con Escala de Glasgow de 15/15
- Extremidades: normales, se insinúan várices en región posterior de ambas piernas.

Impresión diagnóstica

Síndrome Doloroso Abdominal

Abdomen Agudo Quirúrgico

Por descartar: Colecistitis Aguda

Exámenes auxiliares

Se solicita:

- Hemograma: Leucocitos: 9.460, abastados: 1, segmentados:63, plaquetas: 249,000. Hemoglobina: 14.1gr/dL; Hematocrito: 43.6%, Perfil coagulación: Tiempo de coagulación: 6'00, Tiempo de sangría: 2'00; Tiempo de protrombina: 12.2; INR 1.6; TPT 6.9; GS O Rh +
- Glicemia 107 mg/dL U: 29, Creatinina: 1,12 mg/dl Amilasa sérica 58 U/L
- Lipasa: 29.5 U/L
- Perfil hepático: BT: 1.40 mg/dl, BD: 0,7.mg/dl, BI: 0.7mg/dl, FA: 150 U/L; TGO 110 U/L; TGP 83 U/L; GGTP 110 U/L

- Examen de orina: elementos anormales negativo
- Prueba antigénica de COVID-19: negativa
- Ecografía abdominal: grosor de la pared vesicular de 6 mm, presencia de edema de la pared vesicular, litiasis intravesicular proyectada en el cuello, tamaño de 150 x 80 mm, líquido perivesicular, colédoco dilatado y bilis de estasis.

Plan de trabajo:

1. Reposo alimenticio (nada por vía oral)
2. NaCl al 0.9% 1000cc EV
3. Metronidazol 500 mg endovenoso cada 8 horas
4. Omeprazol 40 mg endovenoso cada 24 horas
5. Tramadol 50mg subcutáneo cada 8 horas
6. Dimenhidrinato 50mg endovenoso condicional a vómitos
7. Control de las funciones vitales (CFV) cada 2 horas
8. Se programa para Sala de Operaciones: Colectomía Laparoscópica.

Caso Clínico 4

Anamnesis

Paciente femenina de 39 años, de origen limeño, con tiempo de enfermedad de 5 meses. Manifiesta debilidad, cansancio, hiporexia, flatulencia, estreñimiento alternadas con diarreas, vinagreras, pérdida de peso y sensación de alza térmica. Acude a un Centro de Salud en donde le solicitan un estudio ecográfico por lo que es referida a un Hospital Nacional.

Antecedentes personales patológicos: ninguno de importancia.

Antecedentes familiares: Madre fallecida por cáncer de mama, padre aparentemente sano.

Antecedentes quirúrgicos: ninguno.

Alergias: niega

Medicación habitual: ninguna.

Ginecológico: Nacida a término de parto eutócico. Menarquía: a los 14 años. Régimen catamenial: 5/30. Última relación sexual: un mes antes de la consulta. Primera relación sexual a los 22 años. G1, P1, A0, V1.

Examen Físico:

- Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 69 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 17 respiraciones por minuto, presión arterial: 100/60 mmHg, temperatura: 37.1°C, saturación: 99%, talla: 1.61 metros y peso: 49 kilos.
- Piel y faneras: Tibia, elástica, leve sequedad de mucosas, palidez +/-, llenado capilar menor a dos segundos. En la región del cuello se encuentra dos ganglios de 1 cm de consistencia blanda, móviles bien delimitados en los grupos III y IVB del lado izquierdo.
- Tórax y pulmones: A la auscultación murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: A la auscultación, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: blando, depresible, dolor a la palpación y aumento de resistencia en la zona del mesogastrio y flanco izquierdo. Tacto Rectal: Ampolla vacua
- Ginecológico: sin alteraciones.
- Sistema Nervioso Central: Ubicada en persona, espacio y tiempo con Escala de Glasgow de 15/15

Impresión diagnóstica

Síndrome Consuntivo

Por descartar Neoplasia maligna de colon

Exámenes auxiliares

Se solicita:

- Prueba antígeno de COVID-19: negativa
- Hemograma: Se aprecia leucocitos en 5300, segmentados: 70%, Proteína C Reactiva: 19, hemoglobina 10.5 mg/dL, plaquetas: 220000, Tiempo de sangría: 26 segundos, tiempo de protrombina: 12 segundos, INR: 1,02
- Glicemia: 90mg/dL, creatinina: 0.7mg/dL, urea: 24mg/dL
- Examen de orina: aspecto límpido, color amarillo claro, densidad: 1 015 leucocitos: 0-1 por campo, células epiteliales 1-2 por campo, elementos anormales: cristales escasos.
- PAP: negativo para células malignas.
- Sangre oculta en heces: 3+

- Beta-hCG cualitativa: negativo
- Ecografía abdominal: En la región del mesogastrio en el área correspondiente al colon sigmoides hay presencia de una tumoración de 43 x 39mm.
- Colonoscopia
- Radiografía abdominal con contraste
- Radiografía de tórax frontal y lateral

Plan de trabajo:

1. Se hospitaliza para continuar estudios.
2. Posibilidad de cirugía programada.

1.2 Rotación de Ginecología y Obstetricia

Caso Clínico 5

Anamnesis

Paciente femenina de 39 años multigesta en el tercer trimestre, sin controles prenatales. Llega a emergencia con un tiempo de enfermedad mayor de 36 horas, refiriendo pérdida de secreciones claras tipo lejía (vía vaginal), percepción de incremento de temperatura corporal desde hace 3 horas aproximadamente. Percibe movimientos fetales, indica contracciones uterinas que se hacen más frecuentes. Niega otras molestias.

Antecedentes personales patológicos: Asmática en la infancia

Antecedentes familiares: Madre y padre aparentemente sanos

Antecedentes quirúrgicos: cesárea en el año 2018 debido a embarazo gemelar.

Alergias: ninguna.

Medicación habitual: ninguna.

Ginecológico: Fecha de última regla: 23/11/21, fecha probable de parto: 30/08/22, edad gestacional: 34 semanas, gestaciones:3, partos: 0302

Examen físico

- Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 98 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 21 respiraciones por minuto, presión arterial:115/75 mmHg, temperatura: 39°C, saturación: 98%, talla: 153 metros y peso: 66 kilos.

- Piel y faneras: Tibia, elástica, leve sequedad de mucosas, palidez +/-, llenado capilar menor a dos segundos.
- Tórax y pulmones: A la auscultación murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: A la auscultación, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad con frecuencia incrementada, no se auscultan soplos.
- Abdomen: útero grávido a expensas de feto único, altura uterina: 31 centímetros, feto en longitudinal cefálico izquierdo, 165 latidos por minuto, movimientos fetales presentes, dinámica uterina con contracciones esporádicas.
- Tacto vaginal: cérvix blando, medio, incorporado en un 50%, altura de presentación: -2, membranas rotas, líquido amniótico claro, escaso sin mal olor, pelvis ginecoide
- Sistema Nervioso Central: ubicada en persona, espacio y tiempo con Escala de Glasgow de 15/15

Impresión diagnóstica

- Multigesta de 34 2/7 semanas por fecha de última regla en pródromos de trabajo de parto.
- Ruptura prematura de membranas prolongado.
- Síndrome febril, a descartar: Corioamnionitis
- Alto Riesgo Obstétrico: edad materna avanzada, cesárea anterior 1 vez, embarazos pretérminos

Exámenes auxiliares

- Ecografía: Feto único en longitudinal cefálico izquierdo, 159 latidos por minuto, peso: 2399 gr. Placenta anterior alta grado I, ILA: 5, Flujo métrica fetal normal.
- Hemograma: hemoglobina: 12 g/dL, leucocitos 12900, bastones 0, grupo sanguíneo: O+, serología total negativa, plaquetas: 178000
- Glucosa: 90, creatinina: 0.80
- Perfil hepático: bilirrubina en 0.9, TGO:26, TGP:38
- PCR: 14

Plan de trabajo

1. Reposo gástrico (NPO)
2. Monitoreo materno fetal
3. NaCl al 0.9% 1000cc EV
4. Paracetamol 1 gramo VO STAT
5. Ampicilina 2 gramos cada 6 horas EV
6. Gentamicina 250mg cada 8 horas EV
7. Clindamicina 900mg cada 8 horas EV
8. Se hospitaliza en centro obstétrico para interrupción de parto

Caso Clínico 6

Anamnesis

Paciente femenina de 33 años acude a tópico de emergencia por presentar ginecorragia desde hace 14 días de regular intensidad, asociado a coágulos. Refiere sensación de palpitations y desvanecimiento, niega sensación de alza térmica o dolor pélvico. Indica acudir hace 2 semanas a su Centro de Salud por primer control prenatal, llevando un embarazo aparentemente normal de alrededor de 8 semanas según amenorrea. Menciona presentar dolor leve hace 2 días, en hipogastrio y escaso sangrado vaginal oscuro.

Antecedentes ginecológicos:

- Primera gestación: parto único por cesárea hace 4 años por presentación podálica del feto
- Segunda gestación: embarazo ectópico complicado hace 5 años, siendo sometida a laparotomía por hemoperitoneo de aproximadamente 1000cc
- Tercera gestación: actual
- Método anticonceptivo: Nexplanon por 2 años
- Hospitalizada hace 6 meses por Salpingitis

Examen físico

- Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 86 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 22 respiraciones por minuto, presión arterial: 115/75 mmHg, temperatura: 36.7°C, saturación: 97%, talla: 153 metros y peso: 66 kilos.

- Piel y faneras: Tibia, elástica, leve sequedad de mucosas, palidez +/-, llenado capilar menor a dos segundos.
- Tórax y pulmones: A la auscultación murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: A la auscultación, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad con frecuencia incrementada, no se auscultan soplos.
- Abdomen: blando, depresible, sin signos peritoneales de momento.
- Examen ginecológico: Especuloscopia: cérvix cerrado con escaso sangrado vaginal
Tacto vaginal: útero de 7 a 8 cm anteverso-flexo, moderado dolor a la palpación bimanual, no palpándose masas en los anexos.
- Sistema Nervioso Central: ubicada en persona, espacio y tiempo con Escala de Glasgow de 15/15

Impresión diagnóstica

Amenorrea de 8 semanas

Hemorragia de la primera mitad: Amenaza de aborto vs Embarazo ectópico

Exámenes auxiliares

- bHCG cuantitativo: 880
- Ecografía: útero de 75x43x24mm, endometrio de 10mm, sin saco gestacional de momento, ovarios normales, no masas en anexo
- Hemoglobina: 10.3mg/Dl
- Serológicos: VDRL, VIH: no reactivos
- Glucosa: 87mg

Plan de trabajo

1. Vía con solución salina
2. Monitoreo estricto de funciones vitales.
3. Se hospitaliza ARO C para seguimiento.

Caso Clínico 7

Anamnesis

Paciente femenina de 27 años, soltera, enfermera de profesión. Acude a consultorio externo por referencia de Centro de Salud debido a que el 14/06/22 en control de

rutina se le realiza Test de Cobas, el cual es mencionado como positivo para VPH-18. Refiere presentar sangrado intermenstrual y a la hora de las relaciones sexuales desde hace 3 años aproximadamente; además de flujo vaginal amarillo, sin olor, automedicada con óvulos vaginales.

Antecedentes patológicos: niega.

Antecedentes quirúrgicos: apendicectomía a los 18 años.

Antecedentes familiares: Madre hipertensa, padre fallecido por COVID-19.

Antecedentes gineco-obstétricos: Gestaciones 3 Partos 2012, menarca a los 11 años, régimen catamenial 4/28, fecha de última regla: 20/05/22, inicio de relaciones sexuales: 15 años, última relación sexual: 3 semanas atrás, método anticonceptivo: ampolla mensual, cantidad de parejas sexuales: 5, PAP negativo hace 3 años.

Examen físico

- AREG, AREN, AREH
- Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 69 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 17 respiraciones por minuto, presión arterial: 100/65 mmHg, temperatura: 37.0°C, saturación: 99%, talla: 1.70 metros y peso: 66 kilos.
- Piel y faneras: Tibia, elástica, mucosas hidratadas, no palidez, llenado capilar menor a dos segundos.
- Tórax y pulmones: A la auscultación murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: A la auscultación, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad con frecuencia incrementada, no se auscultan soplos.
- Abdomen: se observa cicatriz tipo Mc Burney en fosa iliaca derecha, blando, depresible, no doloroso, RHA presentes.
- Tacto vaginal: cérvix anterior de 3x2.5cm, con eritroplasia leve, orificios cerrados, no doloroso a la movilización, no se palpan masas, fondo de saco libre.
- Tacto Rectal: diferido.
- Urinario: Puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativo.
- Sistema Nervioso Central: ubicada en persona, espacio y tiempo con Escala de Glasgow de 15/15

Impresión diagnóstica

Infección cervical por VPH: A descartar Lesión Intraepitelial

Plan de trabajo

- Citología-PAP.

Caso Clínico 8

Anamnesis

Paciente primigesta de 23 años, quien acude a centro de salud para primer control prenatal. Manifiesta náuseas y vómitos de manera intermitente desde hace 2 días aproximadamente. Niega sensación de alza térmica ni molestias urinarias.

Antecedentes personales: ninguno de importancia.

Antecedentes familiares: madre y padre aparentemente sanos.

Antecedentes ginecológicos: Gestaciones 1 Partos 0 FUR: 12/10/22 FPP: 19/07/23

Antecedentes quirúrgicos: niega.

Alergias: niega.

Examen Físico

- Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 77 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 17 respiraciones por minuto, presión arterial: 120/80 mmHg, temperatura: 36.3°C, saturación: 99%, talla: 158 metros y peso: 60 kilos.
- Piel y faneras: Tibia, elástica, leve sequedad de mucosas, palidez +/+++ , llenado capilar menor a dos segundos.
- Tórax y pulmones: A la auscultación murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: A la auscultación, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad con frecuencia incrementada, no se auscultan soplos.
- Abdomen: útero grávido a expensas de feto único, altura uterina: -, latidos cardiacos fetales: no audibles, movimientos fetales: no perceptibles
- Urinario: Puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativo.
- Sistema Nervioso Central: ubicada en persona, espacio y tiempo con Escala de Glasgow de 15/15

Exámenes Auxiliares

- Hemoglobina: 10.7

- Examen de orina completo: Leucocitos 20-30 por campo
- Urocultivo: >100000 UFC
- Glucosa: 96g/dL
- Grupo y factor: O+
- Serológicos: VIH positivo, VDRL 4
- Ecografía genética: sin alteraciones

Impresión diagnóstica

- Bacteriuria asintomática
- VIH latente
- Sífilis latente

Plan de trabajo

1. Fosfomicina 3g dosis única
2. Penicilina G Benzatínica 2.4 millones 3 dosis
3. Dimenhidrinato 50mg cada 6 horas por 3 días
4. Sulfato ferroso 300mg cada 24 horas por 30 días
5. Iniciar TARGA a la semana 14
6. Ácido fólico a partir de las 14 semanas
7. Vacunas: COVID-19, influenza, DPTa

1.3 Rotación de Pediatría

Caso clínico 9

Anamnesis:

Paciente de sexo masculino de 5 años acompañado ~~por familiar~~ (madre) quien refiere que paciente presenta desde hace 6 días dolor de garganta, hiporexia, fiebre 39°C (~~oral~~) desde hace 3 días que no cede con paracetamol; motivo por el cual acude a establecimiento de salud. Niega tos productiva, alergias y otros antecedentes de importancia.

Examen físico:

- Funciones vitales: Frecuencia cardiaca 70 lpm, Frecuencia respiratoria: 20 rpm, Temperatura 39°, SatO2 98%, Peso 21 kg, Talla 117 cm.

- Cabeza y cuello: Masas blandas móviles de aproximadamente 1 cm en región cervical y retroauricular derecha. A la inspección de la orofaringe se visualiza secreción amarillenta a manera de velo que cubre amígdalas palatinas hipertróficas, faringe congestiva y eritematosa.
- Tórax y pulmones: Simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se ausculta ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Sistema Nervioso Central: Activo, reactivo, despierto y alerta. Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica:

Faringoamigdalitis bacteriana, presuntiva.

Exámenes auxiliares:

- No se realizó. Se decide inicio de tratamiento empírico basado en la clínica.

Plan de trabajo

1. Manejo ambulatorio
2. Dieta completa
3. Medios físicos
4. Metamizol ½ Ampolla (500 mg/ml) IM STAT; dosis única
5. Ibuprofeno 10.5 ml VO C/8h x 3 días.
6. Penicilina Benzatínica ½ Ampolla (6000000 UI) IM STAT; dosis única.
7. Explicar signos de alarma a familiar
8. Control en 7 días

Caso clínico 10

Anamnesis:

Paciente femenino de 5 años acude acompañado por familiar, madre, quien refiere que desde hace 4 días paciente presenta en 6 oportunidades vómitos intensos, hiporexia, hace 3 días se agrega leve edema en manos y miembros inferiores, flujo urinario disminuido desde hace 2 días. Madre menciona presencia de espuma en orina de paciente. No refiere otros síntomas de importancia.

Examen físico:

- Funciones vitales: Presión arterial 90/55 mmHg. Frecuencia cardiaca 85 lpm, Frecuencia respiratoria: 45 rpm, Temperatura 39°, SatO2 98%, Peso 21 kg, Talla 117 cm.
- Cabeza y cuello: Masas blandas móviles de aproximadamente 1 cm en región cervical y retroauricular derecha. A la inspección de la orofaringe se visualiza secreción amarillenta a manera de velo que cubre amígdalas palatinas hipertróficas, faringe congestiva y eritematosa.
- Tórax y pulmones: Simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se ausculta ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Sistema Nervioso Central: Activo, reactivo, despierto y alerta. Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica:

Síndrome Nefrótico

Enfermedad de Cambios mínimos

Exámenes auxiliares:

- Glicemia 95 mg/dl, Urea 45 mg/dl, Creatinina 0.33 mg/dl, Prot/Cr en orina 3 mg, Colesterol 431 mg/dl, Triglicéridos 553 mg/dl, Proteínas totales 3.7 mg/dl, Leucocitos 5820 cel/mm³, Hemoglobina 10.3 mg/dl, Plaquetas 233000 cel/ul, Perfil de coagulación normal.
- Examen de orina: 3+, leucocitos 0-1/c, células epiteliales: escasas, gérmenes escasos.
- Calcio: 9.7 mg/dl, Fósforo: 6.5 mg/dl, Albúmina: 1.8 mg/dl, C3 110, C4 43.

Plan de trabajo:

1. Hospitalización
2. Dieta hiposódica c/ líquidos restringidos
3. Prednisona 50 mg VO x 6 semanas; luego 30 mg/día en días alternados x 6 semanas
4. Monitorización de signos vitales
5. Balance Hídrico Estricto (BHE)

Caso clínico 11

Anamnesis:

Paciente femenino de 3 años 1 mes acude acompañado por madre, quien refiere que desde hace 7 horas la paciente presenta alza térmica no cuantificada, motivo por el cual le administran paracetamol y al no notar mejoría es llevada a emergencia. Durante el trayecto al hospital paciente presenta movimientos involuntarios generalizados por todo el cuerpo asociado a desviación de la mirada hacia arriba durante 5 minutos, cediendo espontáneamente. En emergencia, paciente dormida y febril cargada por su madre, presenta otro evento similar. Madre niega antecedentes de importancia, inmunizaciones completas para la edad.

Examen físico:

- Funciones vitales: Frecuencia cardiaca 125 lpm, Frecuencia respiratoria: 27 rpm, Temperatura 39°, SatO2 98%, Peso 23 kg, Talla 119 cm.
- Tórax y pulmones: Simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se ausculta ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Sistema Nervioso Central: Activo, reactivo, despierto y alerta. Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica:

Crisis febril generalizada compleja

Exámenes auxiliares:

- No se realizaron en tópico.

Plan de trabajo:

1. Hospitalización
2. Acceso venoso
3. Metamizol EV 500mg c/8 h
4. Medio físicos tibios.
5. Punción lumbar. D/C meningitis.
6. Tolerancia oral; luego Dieta Completa y líquidos a voluntad, según tolerancia.

Caso clínico 12

Anamnesis:

Paciente lactante de sexo masculino de 45 días, es traído por su madre quien refiere que desde hace 5 días varía por vez primera la alimentación del paciente, de lactancia materna exclusiva a fórmula maternizada mediante biberón. En el transcurso de esos días, madre nota aparición de lesiones en forma de placas migratorias, sobreelevadas, eritematosas pruriginosas. Paciente afebril, madre no refiere otros síntomas de importancia.

Antecedentes Prenatales: Gestaciones 3, Peso al nacer 3200 g. Controles prenatales completos (8). No refiere interurrencias durante el parto.

Antecedentes Natales: Parto eutócico, Apgar 7-9. Peso al nacer 3550 g, Talla al nacer 47 cm, Perímetro cefálico al nacer 35 cm, Edad gestacional 38 semanas

Antecedentes Perinatales: Inmunización BCG y HVB

Antecedentes Patológicos: No refiere antecedentes de importancia.

Antecedentes Epidemiológicos: No refiere contactos con individuos enfermos.

Antecedentes Familiares: Madre diagnosticada con dermatitis atópica.

Examen físico:

- Peso: 4500 g, Talla 51 cm
- Tórax y pulmones: Simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se ausculta ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Sistema Nervioso Central: Despierto, activo, reactivo y alerta
- Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda y superficial, no se palpan masas, no visceromegalia.

Impresión diagnóstica:

Urticaria aguda

Dermatitis atópica

Exámenes auxiliares:

- No fue requerido.

Plan de trabajo:

1. Manejo ambulatorio
2. Lactancia Materna Exclusiva (LME)
3. Suspender sucedáneo de leche materna
4. Clorfenamina 5 ml VO c/24 horas x 3 días
5. Control en 5 días

1.4 Rotación de Medicina Interna**Caso clínico 13****Anamnesis:**

Paciente de sexo masculino de 59 años, refiere que desde hace 5 meses presenta debilidad, disminución del apetito, disnea a moderados esfuerzos y edema en miembros inferiores a predominio vespertino que progresa de pies a rodillas. Tres semanas antes del ingreso se agrega náuseas, cefalea de intensidad moderada que lo lleva a automedicarse con naproxeno de 500 mg dos veces al día por un periodo de 7 días, refiriendo remisión significativa del dolor, no obstante 5 días antes del ingreso paciente presenta incremento de edemas en miembros inferiores, la disnea progresa a ortopnea y permanece presente en reposo, motivo por el cual es traído por familiar (esposa) a emergencia.

Examen físico:

- Funciones vitales: Presión arterial 155/90 mmHg, Frecuencia cardiaca 110 lpm, Frecuencia respiratoria: 30 rpm.
- Mal estado general, regular estado de nutrición, sobrehidratación, palidez (++) , edema en miembros inferiores (+++), ingurgitación yugular (+), crépitos en ambas bases de campos pulmonares, soplo sistólico multifocal. Tendencia al sueño, flapping (+), presenta mioclonías en miembros superiores y cabeza.

Impresión diagnóstica:

- Síndrome nefrótico
- Hipertensión arterial
- Hipocalcemia
- Insuficiencia cardíaca

- Acidosis metabólica
- Se considera dentro de las discusiones del equipo médico una insuficiencia renal crónica (enfermedad renal diabética) por antecedentes, clínica y resultados de exámenes laboratoriales

Exámenes auxiliares:

- Laboratorio: Hemoglobina 6.5 gr/dl. Leucocitos 9000/ ml. Glucosa 115 mg/dl. Creatinina 11 mg/dl, Úrea: 390 mg/dl. Calcio sérico 8 mg/dl Fósforo sérico 11 mg/dl. pH 7,12. HCO₃ 11 mEq/L. pCO₂ 15. pO₂ 91 mmHg. FiO₂ 0,21%. Sodio sérico 139 mEq/L. Cloro sérico 100 mg/dl. Examen completo de orina: proteínas (++) . HIV (-) VDRL (-) AgsHB(-)
- Radiografía de tórax: Borramiento de ángulos costofrénicos, signos de congestión pulmonar bilateral.
- Electrocardiograma: Evidencia hipertrofia ventricular izquierda.

Plan de trabajo:

1. Hospitalización
2. Nada Por vía Oral (NPO)
3. Interconsulta a Nefrología para posibilidad de diálisis de urgencia
4. Monitorización de signos vitales
5. Balance Hídrico Estricto (BHE)

Caso clínico 14

Anamnesis:

Paciente de sexo femenino de 35 años refiere que desde hace 4 días presenta polaquiuria, poliuria, tenesmo vesical y orina fétida. Se agrega hace 1 día disuria, sensación de alza térmica asociado a cefalea, náuseas y “escalofríos”. A su vez se automedica con flavoxato en las últimas 24 horas por recomendación de boticario cercano a su domicilio, sin mejoría de síntomas. Paciente niega otros síntomas de importancia.

Antecedentes Quirúrgicos: Apendicectomía hace 25 años.

Alergias: AINEs

Examen físico:

- Funciones vitales: Presión arterial 130/80 mmHg, Frecuencia cardiaca 76 lpm, Frecuencia respiratoria: 20 rpm, Temperatura 37°, SatO2 97%, Peso 72 kg, Talla 165 cm.
- Tórax y pulmones: simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se ausculta ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Urogenital: Puño percusión lumbar negativo, Puntos renoureterales positivos
- Sistema Nervioso Central: LOTEP. Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica:

Infección de vías urinarias

Exámenes auxiliares:

- Examen de Orina: leucocitos 35 - 45 x campo, hematíes 3-4 x campo, gérmenes abundantes.

Plan de trabajo:

1. Manejo ambulatorio
2. Dieta completa
3. Fenazopiridina 100 mg VO c/8h x 3 días
4. Nitrofurantoina 100 mg VO c/12h x 7 días
5. Explicación de medidas preventivas para ITU
6. Control en 7 días

Caso clínico 15**Anamnesis:**

Paciente de sexo masculino de 40 años refiere que desde hace 3 años de manera progresiva presenta disminución de agudeza auditiva a predominio izquierdo, oído por el cual dice “no oír nada” y sentir que “estar tapado”. Esposa menciona que paciente suele introducirse palitos de fósforo e hisopos dentro del conducto auditivo externo para “limpiarse” de manera diaria desde que lo conoce (5 años).

Examen físico:

- Funciones vitales: Presión arterial 110/70 mmHg, Frecuencia cardiaca 78 lpm, Frecuencia respiratoria: 17 rpm, Temperatura 36.8°, SatO2 98%, Peso 82 kg, Talla 168 cm.
- Cabeza y cuello: Otoscopía visualiza cerumen abundante en conducto auditivo externo, membrana timpánica visible. A la inspección del conducto auditivo externo se evidencia tapón de cerumen, no se visualiza membrana timpánica
- Tórax y pulmones: simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se ausculta ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Urogenital: Puño percusión lumbar negativo, Puntos renoureterales negativos
- Sistema Nervioso Central: LOTEP. Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica:

- Tapón de cerumen

Exámenes auxiliares:

- No aplica

Plan de trabajo:

1. Glicerina, 2 gotas en cada conducto auditivo x 30 minutos.
2. Lavado de oídos.

Caso clínico 16**Anamnesis:**

Paciente de sexo masculino de 56 años con diagnóstico de hiperplasia benigna de próstata, portador de sonda vesical; acude a consultorio externo de centro de salud solicitando retiro de sonda Foley por mejoría de síntomas obstructivos de vías urinarias. Menciona que en hospital de mayor complejidad sólo le recomendaron asistir a la posta para realización del procedimiento y no le prescribieron ningún medicamento ni recomendación adicional. Paciente afebril, no menciona ningún otro síntoma de importancia.

Examen físico:

- Funciones vitales: Presión arterial 100/60 mmHg, Frecuencia cardiaca 80 lpm, Frecuencia respiratoria: 18 rpm, Temperatura 36.5°, SatO2 98%, Peso 85 kg, Talla 170 cm.
- Tórax y pulmones: simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se ausculta ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Urogenital: Puño percusión lumbar negativo, Puntos renoureterales negativos. Portador de sonda Foley.
- Sistema Nervioso Central: LOTEP. Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica:

- Hiperplasia Benigna de Próstata

Exámenes auxiliares:

- Establecimiento de salud no cuenta con reactivos para PSA. No se realiza

Plan de trabajo:

1. Manejo Ambulatorio
2. Procedimiento: Retiro de sonda Foley
3. Referencia a Urología de Hospital Ate Vitarte
4. Tamsulosina 0.4 mg VO, 6am x 30 días
5. Control en 30 días

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Nacional Hipólito Unanue contempla una ubicación estratégica puesto que al encontrarse ubicado en Lima (zona este), específicamente en la Avenida Cesar Vallejo 1390 (El Agustino), tiene enormes facilidades de acceso para la población que se encuentra establecida en ese territorio. Es considerado en el nivel de atención III-1 siendo parte de la red de hospitales Lima-Este (DIRIS Lima-Este). Dentro de sus características se encuentra que recibe pacientes referidos de otros hospitales o centros de salud de forma permanente, especialmente a los que refieren y presentan problemas que representan un gran reto para las especialidades con las que se cuenta (1).

El Hospital Nacional Hipólito Unanue está compuesto por un área de 15.161 m^2 . Asimismo, la cantidad de camas dispuestas en los pabellones del hospital, fueron 660. Adicional a ello, cuenta con 104 consultorios de manera física y 121 funcionales. Esto es importante destacarlo si nos basamos en la población que atiende el hospital, la cual es de aproximadamente 2 millones de personas pertenecientes a diferentes distritos cercanos a la ubicación del hospital (2).

Haciendo referencia a la historia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, se debe mencionar que la fundación de este establecimiento tuvo como objetivo fortalecer la atención y tratamiento brindado a los pacientes que padecían tuberculosis a comienzos de los años 40, siendo parte de la red exclusiva de hospitales que fueron construidos para tratar a los enfermos por tuberculosis pulmonar. Específicamente, en el año 1943 se declara al lugar donde se realizará la construcción del hospital, el fundo "Bravo Chico" como un lugar con fines de salud pública. Pero no fue hasta el año 1948 que se realizó la entrega del establecimiento y las instalaciones que hasta el momento estaban realizadas, realizándose la inauguración en el año 1949. En el año 1962 sufrió un cambio de nombre a Hospital del Tórax y se establecieron determinados departamentos de especialidades. En el año 1968 pasa a ser Hospital General ya que logró ampliar el abanico de servicios disponibles. En el año 1969 vuelve a transformar su nombre a Hospital General Base Centro de Salud Hipólito Unanue (Área Hospitalaria N°3 – La Victoria). Finalmente, en el año 1991, a partir de marzo se le denomina Hospital Nacional Hipólito Unanue, nombre con el cual hasta la actualidad se mantiene (3).

El Hospital Emergencia Ate Vitarte (HEAV) está ubicado en el distrito de Ate Vitarte. Fue un establecimiento que tuvo origen a través de un Decreto de Urgencia N° 032-2020, como ya se mencionó anteriormente, en el año 2020 la pandemia del Covid-19 se asentó en territorio peruano, motivo por el cual el país se encontró en emergencia sanitaria. El número de establecimientos no concordaba con el número de enfermos por el Covid-19, eso quiere decir, que se requería de más centros y establecimientos en donde se pudiera atender a los pacientes enfermos por coronavirus. Por ello, el gobierno llegó a la resolución de ejecutar proyectos en donde se realicen la construcción de hospitales, entre los cuales se incluyó al HEAV. Fue en abril del 2020 que fue categorizado como un Hospital de Atención Especializada de tipo II, además de que es un establecimiento adscrito al MINSA (4).

El establecimiento del Hospital Emergencia Ate Vitarte fue parte de las medidas extraordinarias tomadas por el estado para asegurar una mejor capacidad de respuesta hacia la atención requerida por los pacientes que se contagiaban de Covid-19. Es por ello, que una de las principales características del establecimiento fue orientada a la atención especializada en UCI para casos de enfermos por coronavirus. Hasta la actualidad, se considera un establecimiento relativamente nuevo puesto que solo han pasado tres años desde su fundación, por lo tanto, todos los servicios y especialidades de atención siguen vigentes y modernizadas para garantizar la mejor atención a las personas de la comunidad (5).

El internado médico tuvo como fecha de inicio el 1 de junio del año 2022 y tuvo como fecha de término el 31 de octubre del año ya mencionado, en donde se rotó por hospitales de alta complejidad. El contexto en el que se realizó el internado fueron diferentes a los vividos en los años 2020 y 2021 (años en donde la pandemia producida por el Covid-19 se encontraba en su mayor expresión), puesto que las medidas de prevención y seguridad fueron más estrictas en estos años que lo vivido en el año 2022 en donde las medidas fueron menos estrictas ya que disminuyeron de manera abismal los casos graves de Covid-19, esto fue producto de la vacunación. Además, un dato importante a mencionar es que en junio del 2022 los establecimientos empezaron a ofrecer atención médica al mismo aforo que se atendía antes de la pandemia, por lo tanto, se podría mencionar que la realización del internado fue de manera relativamente normal pero aún se mantenían ciertas medidas de prevención contra la propagación y contagio del Covid-19. Luego de junio, es decir,

para cuando llegó la segunda mitad del año, todo el personal de salud ya disponía de la cuarta dosis de la vacuna contra la enfermedad pandémica ya mencionada. Dentro del periodo de 5 meses se realizó la rotación en ambos hospitales mencionados anteriormente, los cuales comparten las características descritas. Posteriormente, es decir, en los 5 meses subsiguientes se realizó lo que restaba del internado en un centro de atención primaria de primer nivel.

El Centro de Salud Alfa y Omega se encuentra ubicado en el distrito de Ate (Lima), es parte de la red de hospitales de DISA Lima – Este y está clasificado según el Ministerio de Salud dentro del nivel de atención y categoría I-3. La ubicación específica del lugar es Avenida Central S/N Mz. W – Programa de Vivienda Alfa y Omega. Dentro de las características de este centro de salud se contempla el objetivo de fomentar la salud en las personas, favoreciendo su integridad por medio de la certificación de la atención de salud a todos los que lo requieran (6).

El Centro de Salud Alfa y Omega anunció su construcción a finales del año 2011, fue un proyecto que fue económicamente posible gracias al Ministerio de Salud de nuestro país y para el cual, se realizó una inversión considerable tal igual que como se realizaron en otros centros de salud en ese año (7). Sin embargo, con el pasar de los años este Centro de Salud fue descuidado y olvidado en cuestión de inversión o preservación de espacios, por lo que, en el año 2018, dada por la iniciativa por la ex ministra de salud Silvia Pessah, se realizó la renovación de este Centro de Salud y otros aledaños y cercanos al lugar. De esta manera, se garantizaba una adecuada atención para los pacientes, ya que se disponía de material y dispositivos actualizados para el tratamiento de las patologías básicas y frecuentes en la comunidad (8).

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 ROT. CIRUGÍA GENERAL

Caso clínico 1:

La razón más frecuente de consulta al centro de urgencias en los establecimientos de salud es la apendicitis aguda, es por ello, que su atención quirúrgica destaca de las otras en el mundo. Con el fin de evitar complicaciones, se destaca el punto del diagnóstico temprano y preciso en los pacientes, para ello se debe tener como base la clínica del paciente y, si esta no es concluyente, realizar estudios de imagen o laboratorio, de esta manera, se fusionará ambos aspectos para una comprensión integral de los casos. Dentro de la clínica, el diagnóstico se basa en una buena anamnesis y examen físico puesto que de esta manera se reconocerán signos característicos de la patología como el signo de McBurney; así como también, se emplean diversos scores para su confirmación de diagnóstico, que son de uso obligatorio cuando se sospecha de esta patología, estos son: La escala de Alvarado y su escala modificada, RIPASA score, entre otros. (9)

Existe dificultad para el proceso de diagnóstico de apendicitis en una etapa temprana esto es porque las manifestaciones clínicas de los pacientes en este punto pueden resultar confusos o, pueden variar de acuerdo con el grupo etario al que pertenezca el paciente o características específicas que denoten una diferencia significativa (10).

De acuerdo a las escalas diagnósticas como la de Alvarado y la versión modificada de esta misma escala, cuentan con 90% de especificidad y sensibilidad, por lo cual existe aún cierta barrera para el diagnóstico y el tratamiento precoz, repercutiendo de manera negativa en la tasa de mortalidad y datos epidemiológicos de la patología. Otra escala, como la de RIPASA tiene una sensibilidad aumentada; a pesar de ello, siguen existiendo casos de pacientes con evolución complicada e incluso con peligro de muerte (10).

Debido a la generalidad de los síntomas y signos encontrados en el paciente del caso, en los diagnósticos diferenciales se podría considerar a las infecciones urinarias ya que están se encuentran dentro del grupo de patologías con mayor recurrencia por consulta en emergencia y, comparte la sintomatología de náuseas, fiebre y dolor abdominal; sin embargo, el dolor abdominal del presente caso predominaba en la fosa iliaca derecha. Asimismo, en el grupo femenino se deben tener en cuenta patologías de origen ginecológico como la presencia de quistes o embarazo ectópico (11).

En este caso, la paciente fue atendida en consulta de tóxico por emergencia. Se realizó el proceso de anamnesis y posteriormente se realizaron todos los exámenes pertinentes para establecer un diagnóstico. Se estipuló posible proceso apendicular y se solicitó interconsulta para descartar apendicitis. Se quedó a la espera de la respuesta y con ella, ingresar a sala de operaciones.

Caso clínico 2:

El trauma abdominal en general se divide en dos tipos: cerrado y penetrante. Es considerada una de las principales causas de muerte en pacientes hasta los 44 años. Específicamente el trauma cerrado es el de mayor predominancia, siendo el 70% de los casos de traumas. En la misma línea, el traumatismo penetrante está dividido en dos tipos de lesiones que comprometen diferentes mecanismos, se puede dividir en trauma por impacto de armas de fuego (herida de bala) y trauma no balístico (herida por arma blanca, punzante y no punzante). Siendo las lesiones por armas de fuego las de mayor prevalencia epidemiológicamente a niveles de mortalidad, en cambio los cortes o las heridas punzantes se catalogan dentro de la mayoría de los casos no mortales (12).

Se ha demostrado, estadísticamente, que el traumatismo abdominal penetrante o abierto afecta mayormente a los grupos socioeconómicos bajos ya que según la OMS la violencia entre las personas esta presente 14 veces más en los países que tienen ingresos bajos. Según datos históricos, la lesión de abdomen por herida penetrante se trataba con intervención quirúrgica obligatoria (laparotomía); sin embargo, se ha descubierto con el pasar de los años que existe un gran porcentaje de pacientes, hemodinámicamente estables, en donde esta intervención quirúrgica resulta innecesaria. Para ello, se ha hecho de utilidad la tomografía computarizada multidetector, la cual ha sido una herramienta sumamente útil para que el traumatólogo pueda realizar el triaje adecuado y seleccionar los pacientes que cumplieran las características para un tratamiento conservador que no requería cirugía y aquellos que si la requerían. De esta manera, el Manejo No Operatorio Selectivo (SNOM) junto con la ayuda de exámenes de imagen, han contribuido a la disminución de laparotomías no terapéuticas realizadas, y con ello, reducir el periodo de estancia del paciente en el hospital, costos, morbilidad y mortalidad (12).

El manejo de los pacientes con trauma abdominal abierto puede tener dos caminos a seguir, dependiendo de los signos presentados; el primero es si el paciente presenta evisceración de órganos abdominales (intestino, epiplón, etc) y sangrado de la herida, se debe realizar una intervención quirúrgica independientemente de la hemodinámica presentada. El segundo camino a seguir, si no presenta los signos que se mencionó anteriormente, es realizar una exploración local de heridas (LWE) para poder establecer un diagnóstico. La pregunta que busca responder este procedimiento, la cual es vital, es si el objetivo que provoca la herida ha penetrado la fascia abdominal. Los pasos por seguir luego de la evaluación han sido propuestas y validados por la Western Trauma Association, en donde se menciona que los pacientes con LWE negativo pueden ser dados de alta de emergencias sin haber realizado imágenes. Sin embargo, los pacientes con LWE positivo deben ser observados para posible admisión en el departamento de emergencias o exploración quirúrgica (13).

En este caso, el paciente presenta una herida penetrante en el abdomen por arma blanca, por lo que, es clasificado dentro del trauma abdominal penetrante o abierto. Según la evaluación y exámenes realizados, el paciente se encontraba termodinámicamente estable y no presentaba evisceración o hemorragia masiva, motivo por el cual la decisión de tratamiento fue no quirúrgico; este se basó en la observación rigurosa del paciente y el registro de su evolución durante su estadía en el hospital.

Caso clínico 3:

La colecistitis aguda representa aproximadamente del 3 al 10% de la población de pacientes que manifiestan dolor abdominal, siendo la causa litiásica la más frecuente entre ellos, representando un 90 – 95% por lo que se considera como una urgencia quirúrgica relevante (14). Existe una clasificación de la colecistitis, la cual es en 3 grados: leve, moderada y severa; o grado I, II y III respectivamente. La colecistitis de grado III está relacionada con disfunción orgánica; la de grado II se relaciona con un grado de inflamación que represente una barrera para la intervención quirúrgica; y la de grado I se relaciona con una pequeña afectación de la vesícula en donde se realiza la colecistectomía bajo ningún riesgo (15).

En lo que respecta al tratamiento de la colecistitis aguda, se contemplan campos como la intervención quirúrgica de carácter urgente, tratamiento antibiótico y cirugía

electiva con origen diferido. Asimismo, para la toma de decisión del tratamiento óptimo se debe tener en cuenta el momento de la patología en la que se encuentra el paciente, entre las cuales tenemos: colecistitis edematosa (2 – 4 días) siendo la más adecuada para realizar una cirugía; colecistitis supurativa (7 – 10 días) en donde se presenta un engrosamiento de la pared por influencia de necrosis, hemorragias y trombosis (15).

El estándar establecido para el tratamiento de colecistitis aguda es la colecistectomía laparoscópica, sin embargo, en pacientes que tienen un elevado riesgo quirúrgico se han buscado estrategias para disminuir los niveles de morbilidad y mortalidad, entre estas se encuentran las intervenciones con un carácter invasivo reducido como la colecistectomía percutánea. La patogenia de la colecistitis tiene como origen la obstrucción de la vía de drenaje o algún tipo de disfunción en la motilidad de sus paredes, motivo por el cual, la presión en el lumen aumentará y surgirán edemas por lo que los vasos sanguíneos se encontraran alterados y será un ambiente propicio para la proliferación bacteriana. Por ello, el objetivo de los procedimientos menos invasivos, como la colecistectomía percutánea, es facilitar el drenaje biliar y resolver el problema de obstrucción, además de esa forma se previenen complicaciones locales y sistémicas; este procedimiento se reserva para pacientes con un riesgo quirúrgico elevado o con posible desarrollo de falla orgánica (16). Sin embargo, en pacientes que presenten signos de alarma como el aumento del grosor de la pared vesicular, aumento en el valor de leucocitos o proteína C reactiva (PCR) se debe realizar el procedimiento quirúrgico con carácter urgente ya que es un cuadro desfavorable o en donde según datos clínicos, se han presentado mayores complicaciones postquirúrgicas (14).

En este caso, la paciente ingresó a emergencias por dolor abdominal en hipocondrio derecho. Se realizaron exámenes físicos y auxiliares, en donde en la ecografía abdominal se observó un aumento del grosor de la pared vesicular por 3 mm, siendo uno de los signos de alarma para la disposición de una Colecistectomía Laparoscópica. Esta teoría se fortaleció porque también se observó edema de la pared y restos de litiasis, por lo que se categorizaría como una colecistitis aguda litiásica. La paciente fue inducida a cirugía laparoscópica posteriormente.

Caso clínico 4:

La neoplasia maligna de colon o cáncer de colon es una de las primeras causas de muerte en Estados Unidos y en el mundo en general, por lo cual, tiene una tasa de mortalidad relativamente elevada. El rango de edad en la que se presenta esta patología es mayormente en los adultos mayores a 50 años, sin embargo, la incidencia de la misma está aumentando en adultos jóvenes en los últimos años, esto puede tener como origen la presencia de una neoplasia anterior o simplemente ocurrir de novo. La tasa de supervivencia varía según el tiempo de la enfermedad en la cual fue diagnosticado el paciente, ya que, si se realizó de forma temprana, la esperanza de supervivencia es más elevado que un diagnóstico en etapas más avanzadas de la neoplasia (17).

El método que más ha sido utilizado para el diagnóstico del cáncer de colon es la colonoscopia ya que por medio de esta se pueden observar un conjunto de imágenes del colon; es necesario el uso de una computadora puesto que solo así se pueden realizar una fusión de las imágenes recolectadas y así construir los detalles del espacio. Además, de esa forma también se pueden observar pólipos o cualquier cosa que sea ajena a la estructura normal del colón (18). Sin embargo, al ser la colonoscopia un procedimiento invasivo no se puede realizar en el 100% de los pacientes. Por tal motivo, existen diversas opciones con un carácter menos invasivo, que fueron planteadas en vías crecientes. Uno de los procedimientos es la endoscopia con cápsula de colon, la cual también es de utilidad para la detección de pólipos; sin embargo, la limitación de este procedimiento es la disponibilidad para su uso y la preparación intestinal que se debe realizar para la obtención de imágenes precisas para el diagnóstico (19).

En este caso, la paciente llega a consulta y es transferida a un hospital nacional para realizarse una ecografía abdominal. Al realizarse los exámenes físicos se palpó 2 ganglios de consistencia blanca, por lo cual se podría inferir que su sistema inmunológico está resultando comprometido o se encuentra trabajando de manera constante. Asimismo, se encontró presencia de sangre en heces y en los exámenes auxiliares, en la ecografía abdominal se evidencia una masa cancerígena a nivel del colon sigmoides. Siendo indicador para la patología de cáncer de colon, por lo que se realiza una colonoscopia para confirmar el diagnóstico y, con ello, brindar tratamiento.

3.2 ROT. GINECO OBSTETRICIA

Caso clínico 5:

La corioamnionitis hace referencia a la infección del líquido amniótico, membranas fetales, útero o placenta (20). La corioamnionitis en el ámbito clínico se encuentra definida como un síndrome que se presenta acompañado de fiebre, taquicardia en la madre o el feto, sensibilidad en el útero, líquido amniótico con mal olor o niveles elevados de leucocitos. Sin embargo, la presencia de estos signos en las pacientes no son indicadores netos de corioamnionitis, ya que, en estudios anteriores, pacientes con el diagnóstico de corioamnionitis no mostraban evidencia en los análisis de laboratorio, la presencia de una infección por microorganismos (21). Aproximadamente, el 15% de todos los casos de corioamnionitis se diagnostica cuando la mujer aún sigue embarazada, mientras que el 85% se realiza en el lapso después del trabajo de parto hasta que la placenta es expulsada (22).

La corioamnionitis tiene una etiología polimicrobiana en la que se involucra la microbiota vaginal y entérica. Dentro de los microorganismos más comunes encontrados a nivel de los genitales son la Ureaplasma y Mycoplasma spp. (20). Esta infección polimicrobiana que puede originarse en la cavidad amniótica se encuentra en el 50% de los casos de mujeres gestantes (22). Siendo la invasión en sentido ascendente la vía que se ha encontrado mayor frecuencia de infecciones (21).

En cuanto al diagnóstico de la corioamnionitis, este se ha realizado a lo largo del tiempo según criterios específicos, los cuales son:

- Fiebre en la madre ($T^{\circ} \geq 37.8^{\circ}\text{C}$ o $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$)
- Taquicardia en la madre y en el feto (>100 y 160 latidos/min respectivamente)
- Útero sensible
- Líquido amniótico con mal olor o purulento
- Niveles de leucocitos elevados (22).

El tratamiento establecido para la corioamnionitis en el aspecto clínico se basa en la indicación de antibiótico, antipiréticos y adelantar el momento de parto para evitar complicaciones más riesgosas y que comprometan la vida del feto y la madre. Sin embargo, de acuerdo con las investigaciones de años anteriores, la aplicación y el manejo de la corioamnionitis incluye alrededor de 25 estándares diferentes de

antibióticos; por lo tanto, la anamnesis es primordial porque de esa forma se garantiza una evaluación rigurosa en los pacientes (22). Asimismo, la aplicación de los medicamentos se debe realizar al momento del diagnóstico, es decir, antes del trabajo de parto. Dentro de los medicamentos más utilizados se encuentra la ampicilina, gentamicina y clindamicina, cada una en un intervalo diferente de horas y de administración por vía endovenosa ya que se asegura un efecto inmediato (20).

En este caso, la paciente presentaba un día y unas pocas horas de inicio de la sintomatología, siendo la más rescatable la fiebre presentada unas horas antes del ingreso. Según las bases para el diagnóstico de corioamnionitis, la paciente cumple con los requisitos de fiebre (39°C), útero sensible, membranas rotas y latidos fetales en el límite de la normalidad, por lo cual, se encontraba alterado. Debido a la sospecha de corioamnionitis se decidió empezar una terapia antibiótica para combatir la infección, por lo que se administró ampicilina, gentamicina y clindamicina, que son los medicamentos más empleados en el tratamiento de la corioamnionitis. Y, para evitar mayores complicaciones, se indujo al parto prematuro.

Caso clínico 6:

En el primer trimestre del embarazo pueden darse muchos acontecimientos, como la presencia de sangrado vaginal, en el que, según estadísticas, el 25% de las mujeres gestantes lo experimentan antes de cumplir las 12 semanas en el embarazo. Dentro de los posibles diagnósticos por sangrado en el primer trimestre se considera a la amenaza de aborto y embarazo ectópico (23). Para hacer diferencia entre ambos, se debe dar enfoque a la anamnesis, puesto que este es el momento en el que el doctor puede preguntar sobre la duración y cantidad de sangre que presenta la gestante, y si presenta algún tipo de dolor (24).

Con respecto a la amenaza de aborto, este diagnóstico debe realizarse en gestantes que presenten sangrado en el primer trimestre y un embarazo intrauterino confirmado por medio de una ecografía (25). En base a las estadísticas, alrededor del 11% de embarazos se pierden en etapas tempranas luego de haber realizado una ecografía en donde se verificó la salud del feto. De acuerdo al manejo establecido, este se debe realizar desde un punto expectante ya que hasta el momento no existe evidencia que apoye el uso de un fármaco u hormona como la progestina como método preventivo.

Lo que se realiza es mantener el reposo en cama para realizar el monitoreo y un seguimiento estricto de la paciente (23).

Con respecto al embarazo ectópico, este se define como el embarazo que se da fuera del útero. Epidemiológicamente, alrededor del 6% al 16% de los pacientes que acuden a urgencias por sangrado o dolor presentado en el primer trimestre de gestación, presentan un embarazo ectópico. De lo anterior, el 96% ocurre en la trompa de Falopio, le sigue el cuello uterino, ovario o cavidad abdominal (con un valor de entre 1% a 2% cada uno) (24). En cuanto al diagnóstico, se caracteriza por la presencia de dolor; sin embargo, la ausencia de este no debe significar un descarte en la patología. La gestante puede tener como signos: hipotensión, taquicardia y abdomen agudo, pero en general, los signos vitales se mantienen normales siempre y cuando no se ha roto el embarazo ectópico. Entre las opciones de tratamiento quirúrgico se incluye a una salpingectomía o salpingostomía, las cuales son utilizadas cuando el embarazo tiene su ubicación en las trompas de Falopio. Se opta por la salpingostomía para las pacientes que desean seguir conservando la fertilidad (23).

En este caso, la paciente negó presentar dolor pélvico, pero si manifestó palpitations, abdomen blando y depresivo. En la ecografía realizada no se observó saco gestacional por el momento, motivo por el cual, no se puede confirmar si el embarazo se ubica en el útero o fuera de él. Es por ello, que la indicación fue un monitoreo estricto de la paciente y su posterior seguimiento, ya que, al presentar sintomatología de amenaza de aborto, pero sin haber confirmado el embarazo in útero, ambos diagnósticos son posibles ya que la paciente presentó sangrado en el primer trimestre.

Caso clínico 7:

La infección por el virus del papiloma humano es etiología de alrededor de 600 mil casos de neoplasias en un año. Esto es debido a que gran parte de la población femenina puede infectarse con el VPH a través del acto sexual durante su vida ya que se trata del virus de transmisión sexual más común alrededor del mundo (26). Algunas de estas infecciones suelen remitir con el tiempo por sí solas, sin embargo, algunas persisten y causan lesiones que posteriormente pasan a cáncer (27).

Existen aproximadamente 15 tipos del virus que tienen alto riesgo de generar lesiones y que, estas a su vez, progresen de una lesión intraepitelial escamosa a carcinoma

de cuello uterino. Es por ello que el carcinoma de cuello uterino tiene como etiología principal a la infección por el VPH (28).

En cuanto al tipo de VPH que posee mayor probabilidad de causar un carcinoma de cuello uterino es el VPH 16 en un 59.3%, seguido por el VPH 18 con un 8.8%, el VPH 33 en un 2.7% y el VPH 31 a un 2%. Siendo los dos últimos los que representan un menor riesgo de progresión a neoplasia (29).

Desde el punto de prevención, el carcinoma de cuello uterino resulta prevenible siempre y cuando se descubra y actúe a tiempo en la lesión intraepitelial escamosa de bajo y alto grado. Por ello, la citología junto con la tipificación del VPH resulta ser el mejor método para que el médico general y especialista pueda dirigir el tratamiento y la monitorización de las pacientes (28).

En este caso, la paciente presentaba positivo para VPH 18, que es un tipo de virus que posee estadísticas de riesgo para el progreso de lesión a neoplasia. Como factor de riesgo se destaca el número de parejas sexuales que manifestó la paciente y el hecho de que el VPH es uno de los virus que más se contagian en el coito. Se decide descartar lesión intraepitelial por medio de una citología puesto que este tipo de infecciones persistentes suelen progresar a cáncer de cuello uterino o cérvix, por lo tanto, de ser el caso, se debe realizar el diagnóstico precoz, para proceder con el tratamiento.

Caso clínico 8:

Las mujeres embarazadas poseen un riesgo elevado de contraer determinadas infecciones ya que por el proceso gestacional, su cuerpo sufre una serie de cambios fisiológicos. Sin embargo, se debe tener especial cuidado con estas infecciones ya que pueden resultar perjudiciales para el embarazo y complicarlo o transmitirse al feto (30).

Una de las infecciones comunes que puede ocurrir en las embarazadas es la bacteriuria recurrente. Esto es debido a la dilatación de uréteres y relajación del músculo liso en el embarazo, puesto que hace más probable el que se dé una infección de tipo ascendente. Según la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América, para realizar un diagnóstico de bacteriuria asintomática en mujeres gestantes, se debe realizar un cultivo de orina en las primeras semanas del embarazo

y seguir con detecciones cada cierto tiempo en las mujeres que obtengan un cultivo positivo. El diagnóstico es positivo si se obtiene valores mayores a 10 UFC del uropatógeno. Para el tratamiento se debe considerar el tiempo de gestación ya que se indica antibióticos, los cuales deben ser seguros para las gestantes. Dentro de los fármacos que se consideran seguros están la penicilina, cefalosporina y aztreonam (31).

Según estudios anteriores, la prevalencia mundial de VIH en mujeres embarazadas es del 2.9%, siendo el predominio en países con ingresos medianos a bajos (32). Se estima que aproximadamente 8700 mujeres con VIH se convierten en madres cada año; por tal motivo, la transmisión perinatal del VIH se encuentra en valores considerables. Por tal motivo, se recomienda el cribado universal del VIH en la población gestante (31).

Según gobiernos como Brasil, el tamizaje para VIH que se debe realizar en las mujeres embarazadas debe ser doble (se incluye a la sífilis, debido al aumento de esta infección en las embarazadas) y se debe realizar en el primer y tercer trimestre para disminuir la transmisión vertical de estas infecciones (33). Para el cribado, se debe medir los niveles de CD4 en una primera visita en un periodo de cada 3 meses. El plan que se debe seguir empieza con la medición de la carga viral en la primera visita, allí se inician con antirretrovirales. Luego de dos o cuatro semanas después, se puede cambiar el antirretroviral, se indica mensualmente hasta lograr una supresión. Asimismo, se debe saber que todas las mujeres embarazadas positivas para VIH deben ser tratadas con antirretrovirales sin importar los niveles de CD4, ya que de esa manera se mitiga la transmisión vertical (31).

En cuanto a las decisiones sobre el momento del parto en una embarazada con VIH, se debe medir la carga viral alrededor de la semana 34 o 36, ya que si esta resulta mayor o igual a 1000 copias/mL se debe realizar una cesarí en la semana 38. Asimismo, se indica antirretrovirales para los recién nacidos de madres VIH positivos para disminuir la probabilidad de una transmisión vertical (31).

La sífilis se considera como una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes y, se trata de un trascendental problema de salud pública (34). Esta ITS es producida por *Treponema pallidum*. Se manifiesta en el organismo en diferentes etapas. Dentro de las primeras tres a seis semanas surgen chancros indoloros en los

genitales que pueden no notarse en un primer momento. Luego de la sexta semana a la semana ocho, se da una erupción eritematosa en las palmas de las manos y pies, además, se da la sintomatología de fiebre, dolor de garganta, pérdida de peso, dolores musculares, etc. Posterior a ello, la sífilis se mantendrá latente por un tiempo que varía de paciente en paciente (31).

Existen varios métodos de cribado para la sífilis en mujeres embarazadas, entre los cuales se considera a las pruebas no treponémicas, treponémicas y un cultivo treponémico. Siendo las dos primeras, más baratas y rápidas, pero también son poco sensibles ya que hay muchos falsos positivos, por lo que solo son utilizados para confirmación de la infección (31).

En este caso, la paciente presenta síntomas característicos del primer trimestre en el embarazo, como náuseas y vómitos. Al realizarse todos los exámenes correspondientes, se detecta bacteriuria asintomática, VIH y sífilis latente. Las dos últimas son infecciones de transmisión sexual, por lo tanto, el feto puede contraerlas por transmisión vertical. Por tal motivo, como indicaciones se da, en primer lugar, antibióticos para tratar su cuadro de bacteriuria. Luego, se indica el tratamiento establecido para el VIH, que es el TARGA. Con el fin de disminuir la transmisión vertical de la infección.

3.3 ROT. PEDIATRÍA

Caso clínico 9:

Una de las causas más frecuentes para la consulta médica en el mundo, son las infecciones del tracto respiratorio, dentro de las cuales se encuentra la faringoamigdalitis en edades pediátricas (35). Dentro de los posibles agentes etiológicos de la faringoamigdalitis aguda, el que más resalta es el estreptococo beta-hemolítico del grupo A que, en los últimos años tuvo un aumento de incidencia en niños, específicamente aumentó de un 0.12-3.1/100 000 niños por año. Esto es porque uno de los factores de riesgo para esta infección son las edades extremas (niños menores de 5 y adultos mayores a 65 años) (36).

Con respecto a la sintomatología, existe una gran gama de signos y síntomas para la faringoamigdalitis. Entre los principales se encuentra: fiebre (> 38°C), cefalea, vómitos, inflamación a nivel faringoamigdalino, petequias en el paladar, exantema,

etc. Además de ello, también es probable que se pueda manifestar con escalofríos y mal estado general (37).

Con respecto al diagnóstico de faringoamigdalitis aguda, se utilizan escalas ya establecidas, entre las cuales se encuentran Centor, McIsaac y FeverPain. Explicando el uso de ellas, se sabe que las escalas FeverPain y Centor se utiliza en pacientes que tienen odinofagia; aproximadamente un 65% de los pacientes que adquieren una puntuación perfecta, han contraído faringoamigdalitis. Asimismo, una puntuación mayor a 3 en la escala Centor quiere decir que existe una probabilidad de contraer faringoamigdalitis en un 30% a 56%; siendo la escala McIsaac similar a estos resultados. Por último, la probabilidad de cultivo positivo para las tres escalas, es similar (38).

En este caso, el paciente pediátrico presenta síntomas que sugieren compromiso de las vías respiratorias, como lo son el dolor de garganta e hiporexia. En la inspección de la orofaringe se detectó secreción amarillenta, asimismo, la faringe se evidenció congestiva y eritematoso; todo lo anterior, es evidencia de que está produciéndose un cuadro de infección en la faringe. Por tal motivo, se indica antibióticos según la terapia empírica ya que fue evidente la manifestación clínica y lo observado en el examen de cabeza y cuello.

Caso clínico 10:

La enfermedad de cambios mínimos (MCD) refiere alrededor del 70% - 90% de todos los casos de Síndrome Nefrótico en pacientes pediátricos (39). Esta enfermedad se nombra de esta manera ya que, según la histología, esta se muestra con cambios mínimos; es decir, no se observan daños de gran significancia o que marque una diferencia importante (40) Esto es porque la función de los riñones sufre cambios moderados y no de gravedad; sin embargo, la TFG se ve reducida en un 20% - 30%, para luego volver a un estado basal con disminución de proteinuria (39).

Para establecer un correcto diagnóstico de la enfermedad, se debe partir de una adecuada anamnesis y examen físico en los pacientes que evidencien edema y proteinuria. Aunque estos últimos pueden ser indicadores de otras patologías, es uno de los primeros indicativos que se deben tener en cuenta para lesión renal o la enfermedad de los cambios mínimos. Los pacientes que presentan MCD presentan edema a nivel periorbitario o en extremidades inferiores. Los niños con frecuencia

pueden presentar infecciones como sepsis o peritonitis por el consumo excesivo de la inmunoglobulina por parte del organismo (41).

El tratamiento de la enfermedad de los cambios mínimos, en pacientes pediátricos, se basa en la indicación de esteroides puesto que en un periodo de cuatro semanas aproximadamente, los niños ya estarían en un periodo de remisión (42). Siendo más específicos con el tratamiento en los pacientes pediátricos, se inicia con la administración de prednisona durante un periodo de cuatro a seis semanas, alternando los días de consumo. De acuerdo a como van pasando las semanas, se reduce la dosis inicial por las siguientes cuatro semanas y luego se suspende por un periodo de 12 semanas (41).

En este caso, el paciente presenta edemas a nivel de las manos y miembros inferiores y una disminución del flujo urinario desde hace un par de días, motivos por los cuales se sospecha de un compromiso renal. Además de ello, la madre menciona la presencia de espuma en la orina del paciente, motivo por el cual se confirma proteinuria y algún tipo de lesión renal. Sin embargo, en los exámenes auxiliares se observa niveles normales de creatinina, pero los de urea si están elevados. Debido a los valores de sus exámenes, y con la confirmación de una lesión a nivel renal, se decide indicar prednisona como primer paso del tratamiento de la enfermedad de los cambios mínimos, luego se continúa con la monitorización del paciente.

Caso clínico 11:

Las crisis febriles provienen de la sensibilidad de un paciente, en su mayoría pediátricos, a la fiebre debido a factores genéticos. Se define como una fiebre con más de 38°C en pacientes de aproximadamente 6 meses a 5 años. Asimismo, presenta una clasificación de simples y complejas. Con respecto a las crisis febriles simples, hace referencia a una manifestación sintomatológica de la crisis en un lapso menor a quince minutos y que, además, no es recurrente en las próximas veinticuatro horas. Por otro lado, las crisis febriles complejas se manifestarán en un lapso mayor a quince minutos y van a ser recurrentes en las próximas veinticuatro horas al primer episodio (43).

Las crisis febriles desencadenan convulsiones febriles en los pacientes que lo sufren, que estadísticamente, son en su mayoría niños de entre seis meses y cinco años. Las causas exactas de la crisis y posterior convulsión, se desconoce; sin embargo,

diversos estudios lo asocian a factores genéticos o ambientales. Los signos y síntomas en una convulsión febril son la pérdida del conocimiento, disnea, palidez y coloración azulada de la piel, ojos en blanco mirando hacia la parte superior, mirada fija y espasmos generalizados. Dentro de la clasificación de una crisis febril simple, estas no representan algún tipo de repercusión neurológica; sin embargo, la complicada si puede significar algún tipo de secuela a este nivel (44).

Según estudios de los últimos años, las convulsiones febriles deben enfocarse desde el punto de vista innovador al plantear la posibilidad de que sean utilizados como marcadores de un proceso patológico ocurriendo a nivel cerebral. De tal manera, se podrá diagnosticar de manera adecuada alguna patología conjunta con el proceso febril (45).

Con respecto al tratamiento de las convulsiones febriles simples, se plantea la posibilidad de administración de diazepam rectal o Lorazepam intravenoso; sin embargo, se debe tener en cuenta los efectos adversos que estos medicamentos puedan producir ya que sin duda alguna estos efectos negativos superan a cualquier efecto positivo que pueda tener el fármaco. Además, lo primero que debe averiguarse es el origen de la fiebre (con exámenes como punción lumbar) y remitirla, por tal motivo, el tratamiento se orienta a disminuir la temperatura corporal del paciente con medicamentos como el paracetamol o metamizol. Sin embargo, si estos últimos no reducen la temperatura en el paciente, se recomienda aplicar métodos físicos como la utilización de paños fríos para que de esa forma la temperatura se reestablezca (46).

En este caso clínico, la paciente presentaba una crisis febril con manifestación de convulsión febril puesto que tuvo un episodio en donde tuvo movimientos involuntarios con desviación de la mirada hacia arriba. A pesar de haberle administrado paracetamol, un antipirético, la fiebre no cesó; por tal motivo se debió descubrir el origen del alza de temperatura. Pero, antes de ello, se debe controlar la temperatura y hacer que vuelva a su estado normal por lo que se le indicó metamizol y medios físicos para reducir la fiebre. Posteriormente se indicó una punción lumbar para descartar meningitis como posible agente etiológico de la crisis febril.

Caso clínico 12:

La dermatitis atópica es considerada como la enfermedad inflamatoria de la piel más frecuente en pacientes pediátricos. Su origen se debe a muchos factores y es característico encontrar su aparición con eritemas, piel seca y prurito en toda la extensión de la piel lesionada (47). La prevalencia de la dermatitis atópica es de 11.3 en niños en EEUU; sin embargo, alrededor del mundo aproximadamente un 22.6% de niños son diagnosticados con dermatitis atópica (48).

Como posible etiología para la dermatitis atópica se deben considerar los factores ambientales, tales como un periodo mayor de exposición a algún alérgeno ya sea en el aire o en los alimentos, infecciones, uso de antibióticos, duración de lactancia y dieta utilizada (49). Según un estudio realizado en España en donde se plantea la relación de la dermatitis atópica con la alergia alimentaria, se menciona que los bebés recién nacidos tienen un vínculo con su alimentación; lo relacionan tanto con lo que la madre le da de comer al bebé como con la propia dieta de la madre puesto que de esta forma se estaría agregando un alérgeno a la dieta para el bebé dada por la madre o la transmisión de este alérgeno por leche materna por el consumo propio de la madre (47).

Para el diagnóstico de esta patología, existen diferentes criterios a utilizar, tales como los de Hnifin y Rajka (donde se incluye el picor de la piel) o los criterios establecidos por la Academia Estadounidense de Dermatología. Asimismo, el nivel de gravedad de la dermatitis atópica se puede definir según los métodos o clasificaciones con puntuación de la dermatitis atópica o el índice de gravedad del eccma (50).

En este caso, se menciona que la madre cambió la dieta del bebé recién nacido, y luego de ello presentó la sintomatología característica de la dermatitis atópica, la cual engloba a placas migratorias, eritematosas y pruriginosas. Debido al cambio de alimentos y que, posiblemente esa haya sido la causa de la reacción alérgica del bebé, se decide suspender la administración de la fórmula y continuar con la lactancia materna exclusiva. Se recomienda seguir con ella, ya que, de lo contrario, se volvería a desencadenar el proceso de dermatitis atópica por alergia alimentaria.

3.4 ROT. MEDICINA INTERNA

Caso clínico 13:

La enfermedad renal crónica (ERC) representa una situación problemática a nivel mundial y el ámbito de la salud pública. Según los datos de estudios anteriores, la incidencia y prevalencia de esta patología se encuentra entre el 7.2% de las personas mayores a 30 años. Asimismo, en pacientes con comorbilidades como la diabetes mellitus o hipertensión arterial, la presencia de la enfermedad renal crónica puede ser de hasta el 35% a 40% (51). En términos generales, se plantea que la preponderancia de la ERC es del 10% - 14% de la población mundial (52).

La enfermedad renal crónica se basa en la existencia de un daño renal y con ello, una tasa de filtración glomerular con valores menores a 60 mL/min siendo este un valor que se encuentra por debajo de los valores normales de 90 mL/min a 120mL/min. Estos niveles bajos en la TFG deben permanecer por un lapso mayor a tres meses, de esa manera se demostraría un daño renal crónico (52). Asimismo, la ERC es un síndrome clínico que se desarrolla como resultado de una alteración a nivel estructural en el parénquima renal, ello provocaría un cambio y posterior lesión, que, de no remitirse, se vuelve irreversible con una progresión de avance lento (53).

Los principales indicadores o marcadores convencionales de un problema renal, es la presencia de albumina en la orina, alteraciones en las imágenes de los exámenes renales, hematuria, desbalance a nivel hidroelectrolítico y cambios en una muestra histológica del parénquima renal (53). Dentro de las principales etiologías de la enfermedad renal crónica, se incluyen patologías como la diabetes mellitus, glomerulopatías como la glomerulonefritis, ITUs como la pielonefritis, enfermedades autoinmunes, entre otros (54).

Existe una clasificación para catalogar la etapa de la enfermedad en la que se encuentra el paciente, esto se realizó con el objetivo de estandarizar los daños que se puedan desencadenar por la lesión renal. Esta clasificación propuesta por la American Kidney Fund, se basa en los niveles de la TFG y la sintomatología asociada a ella, la cual estará anexada al final del trabajo (55).

Para un correcto proceso de diagnóstico de la enfermedad renal crónica se debe establecer la cronicidad una vez se confirme la enfermedad, para ello se debe evaluar la TFG del paciente, posterior a ello se debe evaluar los niveles de proteínas en la

orina y realizar exámenes auxiliares de imagen. De esta manera se podrá realizar un diagnóstico preciso de la patología (52).

En este caso, el paciente refiere una sintomatología mayor a los 3 meses, con presencia de edema en miembros inferiores. Sin embargo, presentó dolor 3 semanas antes de la consulta e ingreso. Debido a que presenta alteraciones cardiacas con la manifestación de la ingurgitación yugular, ortopnea, edemas, hipertensión y taquicardia se asume la hipertrofia ventricular izquierda, la cual es comprobada en los exámenes auxiliares. Para ello, se debió encontrar el origen por el cual surgieron todos estos cambios a nivel cardiaco y sistémico; debido a lo niveles de urea y creatinina, los cuales se encuentran en valores extremadamente elevados, se infiere una falla renal. Se menciona la cronicidad ya que el compromiso del parénquima renal es mayor a comparación a una enfermedad renal aguda. Por lo tanto, se realiza la interconsulta con urgencia para registrar la probabilidad de diálisis y estabilizar al paciente.

Caso clínico 14:

Las infecciones del tracto urinario es una de las patologías más frecuentes en medicina ya que la consulta por esta enfermedad se produce de forma diaria en los establecimientos de salud (56). Se trata de una infección frecuentemente de origen bacteriano en la mayoría de los grupos etarios; además, representa el predominio en las causas de ingreso en los adultos mayores y, el motivo por el cual se prescribe antibióticos en el primer nivel de atención (57). La predominancia de las infecciones en el tracto urinario se da en las edades pediátricas, seguido de una mayor frecuencia en los adolescentes y adultos mayores (58).

Las infecciones del tracto urinario se basan en la multiplicación de microorganismos bacterianos y la colonización a lo largo del tracto urinario. De acuerdo a la zona a la que afecte se puede denominar de diferente manera, como, por ejemplo, si compromete al riñón se denomina pielonefritis (forma más grave de las ITUs), si compromete a la vejiga se denomina cistitis, si compromete a la uretra es uretritis y si compromete a la próstata se denominará prostatitis (59).

Estas infecciones en el tracto urinario se encuentran en mayor predominancia en las mujeres esto es debido al largo de la uretra puesto que en el género femenino es más

corta y por lo tanto existe mayor tendencia a que surjan infecciones hasta un 50% más que los hombres (59).

En base al diagnóstico de las infecciones urinarias este se centra en la manifestación de síntomas característicos de estas patologías como disuria, poliuria, presencia de mal olor a nivel de genitales u orina, entre otros. Asimismo, también se diagnostica en conjunto con la prueba de tira de nitrito para poder demostrar o no la presencia de microorganismos en la orina. Además, para confirmación de ello, se realiza un urocultivo para determinar el tipo de microorganismo que está afectando las vías del tracto urinario (57). Se destaca que la prueba de orina y su posterior cultivo representan el método estandarizado para el diagnóstico de las infecciones de tracto urinario; sin embargo, estos muchas veces requieren más tiempo del que se dispone y son elevados en costo, por lo tanto, se buscan otras formas de diagnóstico.

En el caso, la paciente por el hecho de ser mujer ya representa un factor de riesgo para contraer una infección del tracto urinario. Además de ello, presenta la sintomatología característica de una infección como la disuria, orina fétida, poliuria, entre otros. Al confirmar el diagnóstico de una infección en el tracto urinario, se decide actuar con terapia antibiótica y basarse en la prevención, dando indicaciones para que estas infecciones no vuelvan a surgir.

Caso clínico 15:

El cerumen es un producto natural que se origina a partir del canal auditivo externo, específicamente en su tercio lateral. Esto es porque en esa zona, se encuentran ubicadas diversas glándulas ceruminosas y sebáceas, que son las encargadas de la producción del cerumen en el oído. El cerumen en sí, es un conjunto de sustancias de las secreciones aceitosas de las glándulas sebáceas y el sudor que es producido por las ceruminosas. Asimismo, vale mencionar que la cera de oído representa una barrera protectora para evitar que partículas ingresen al conducto auditivo interno (60).

El mecanismo de eliminación del cerumen del conducto auditivo interno se da de forma espontánea con ayuda de diversos movimientos faciales como el de la mandíbula; sin embargo, muchas veces este proceso puede fallar y no realizarse de manera correcta, por tal motivo, se pueden ir acumulando hasta formarse un tampón (61).

Se debe tener en cuenta que el cerumen que se pueda llegar a acumular dentro del canal auditivo debe eliminarse cuando se empieza a presentar la sintomatología de disminución de audición, picazón o dolor por inflamación; o también, debe realizarse una limpieza cuando representa un obstáculo para una correcta evaluación del conducto auditivo, la membrana timpánica o todo el sistema audiovestibular (62).

La extracción del cerumen dentro del servicio médico se puede producir por un lavado de oído o por técnicas de succión en donde el personal de salud utiliza herramientas específicas como una cureta. Esto se realiza en conjunto con la aplicación de solución salina o agua oxigenada diluida, por medio de una jeringa a través del canal auditivo (63).

En este caso, el paciente presenta la sintomatología característica de un compromiso auditivo al referir que no puede oír nada o siente su oído tapado. Para ello se hizo una revisión de cabeza y cuello, en donde se demostró la existencia de un tapón de oído que provoca todo lo que se refería. Por tal motivo, se refirió para realizar un lavado de oído y eliminar el tapón ya que estos son ambientes propicios para infecciones como otitis, que es lo que se busca prevenir.

Caso clínico 16:

La hiperplasia benigna de próstata se considera como una de las patologías a nivel urinario, más frecuentes en el género masculino a medida que estos van envejeciendo ya que se manifiesta de forma característica con síntomas del tracto urinario. Dentro de los factores de riesgo de esta patología se encuentra la edad, ya que es en la etapa de la vejez donde los hombres tienen una concentración más elevada de la dihidrotestosterona (64). Según las estadísticas, aproximadamente los pacientes de 50 años son diagnosticados con esta patología en un 50% y, los que se encuentran en la edad de 80, son diagnosticados hasta el 90% de la totalidad (65).

Dentro de la sintomatología se destaca los del tracto urinario inferior, y esto es debido al crecimiento de la próstata por la hiperplasia ya que esta termina creando una especie de fricción o compresión en la uretra y de esta forma surge la nicturia, sensación de un vaciamiento incompleto, urgencia al miccionar, poliuria, disminución en el chorro de orina, entre otras manifestaciones (66).

Su origen fisiopatológico comprende razones hormonales y posterior aumento de los factores de crecimiento, que precisamente son estimulados por un aumento en la

concentración de la dihidrotestosterona ya que en edades avanzadas la enzima 5-alfa-reductasa, lo que hace es convertir la testosterona a dihidrotestosterona, aumentando las concentraciones de esta última ocasionando para que actúen como factores de transcripción para los factores de crecimiento. Estos factores posteriormente actúan en las células logrando la proliferación e hiperplasia (66).

En cuanto al tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata se incluye a la indicación de inhibidores de la 5-alfa-reductasa, de esta manera se podrá disminuir su actividad al convertir la testosterona a dihidrotestosterona, por lo cual, la célula no podrá realizar la proliferación. Asimismo, otras indicaciones son el utilizar bloqueadores alfa 1 en la próstata y el cuello vesical, de esta forma se aliviaría la sintomatología del tracto urinario inferior, ya que facilitaría la micción. Adicional a ello, también se considera la psicoterapia como apoyo a reducir la ansiedad generada en los hombres e incorporar su vida sexual (65).

En este caso, el paciente ya se encontraba diagnosticado con hiperplasia benigna de próstata, por lo cual la atención se basa en aliviar los síntomas y el dolor que se pueda generar de ello. Al encontrarse con una sonda Foley, se decidió retirarla y referirlo a un hospital para la correcta indicación posterior al retirado ya que en el establecimiento de salud no se contaba con las medidas necesarias. Asimismo, se indicó tamsulosina como método para aliviar los síntomas urinarios, ya que funcionan como relajadores de los músculos de la próstata y vejiga, haciendo que el paciente tenga menos problemas para miccionar.

CAPITULO IV. REFLEXION CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado en la carrera de Medicina Humana representa una última oportunidad para los estudiantes con el fin de poder reforzar sus conocimientos tanto teóricos y prácticos aprendidos a lo largo de los años de la carrera. Asimismo, es el lapso en donde se aprende de situaciones reales y que, sin duda, no son posibles de aprender por un libro. Esto es porque el contacto y relación con el paciente no son aspectos que se encuentren plasmados en alguna bibliografía, por lo tanto, la vivencia en el día a día con ellos permite poder enriquecer el conjunto de conocimientos que serán utilizados para todo el tiempo en el que se ejerza la carrera. Se podría considerar incluso, a esta etapa, como la más importante en comparación con el resto de años de estudio anteriores.

El internado médico es sinónimo de un amplio reto a afrontar puesto que, en ese lapso el estudiante ya es considerado como un operador de la salud, como alguien más del personal hospitalario y, aún sin tener las repercusiones legales de los actos que se pueda realizar, es de considerar que a nivel personal, no exista algún tipo reproche moral por lo que se pueda hacer mal. A pesar de todo, es el propio interno quien se autoimpone un castigo moral por todos los errores que pueda cometer, ello demuestra el compromiso total que presentan los internos con su vocación de servicio. Tristemente, muchas veces este trabajo no es valorado por el propio sistema hospitalario ya que, se considera que el interno es el último eslabón de la cadena dentro de un hospital; es algo que ha estado presente desde hace muchos años y que poco a poco está cambiando.

Con lo último expresado en el párrafo anterior, se debe mencionar el aspecto negativo de realizar el internado en la carrera de Medicina Humana. No es novedad los maltratos y abusos que son cometidos hacia un interno por parte de algún personal médico con rango superior. Es lamentable como a pesar de los años, aún siguen existiendo doctores graduados y especialistas que, irónicamente pasaron por lo mismo, repetir la misma cadena de violencia. Es sin duda un gran alivio que en los últimos años se haya tomado conciencia del papel del interno dentro de un establecimiento de salud y se estén tomando acciones al respecto.

Para que el paso por el internado en la carrera de Medicina Humana resulte más ameno y llevadero, es importante destacar lo vital de un buen manejo de las relaciones con los diferentes compañeros del ámbito hospitalario. Es bien sabido que

al momento de trabajar como interno se debe compartir actividades y responsabilidades con diferente personal de salud como enfermeras, obstetras, técnicos en salud, entre otros; por lo tanto, fomentar una buena relación entre todos, fortalecerá un ambiente adecuado para realizar el internado.

Es importante mencionar que en el periodo de tiempo que dura el internado se llega a aprender mucho más que solo medicina o cosas relacionadas al ámbito de la salud. Por el contrario, se trata de un aprendizaje integral en donde se estimula y fortalece la disciplina, solidaridad, responsabilidad, amabilidad, respeto, confianza, constancia, esfuerzo y sacrificio. Es por ello que, en realidad la complejidad del internado médico no radica en la cantidad de conocimientos que debemos tener o todo aquello que debemos memorizar para tratar al paciente; por el contrario, la complejidad tiene un sentido más profundo. Esta radica en la difícil tarea de mantener un buen humor, de saber manejar la inteligencia emocional todos los días que se atiende a los pacientes, de tener una sonrisa a pesar de lo nefasta que esté una situación, de aprender a escuchar incluso cuando estemos sofocados de información o estrés, de ser amable con los pacientes incluso cuando se acaba de recibir algún insulto o regaño; es recordar que el objetivo final no es el beneficio económico o las riquezas que se puedan obtener sino que, el objetivo final es ser médicos de calidad y con el que cualquier persona quiera atenderse.

El haber realizado el internado en un hospital que está ligado a la cadena y red del Ministerio de Salud, logra que se despierte cierto grado de conciencia sobre la realidad peruana. Sin duda, la situación en nuestro país aún es deplorable ya que un gran porcentaje de la población no cuenta con el acceso adecuado a la atención médica, aún existe barreras culturales, económicas, políticas y geográficas que se deben vencer para que la atención sea uniforme y universal. A pesar de ello, el hecho de trabajar en un centro o establecimiento que esté escaso en recursos o equipos médicos estimula la creatividad de los internos o residentes a utilizar otras cosas que sí dispongamos o si tengamos al alcance, de esta manera se podrán proponer medidas de solución alternativas a las convencionales y que sí se puedan realizar para el beneficio del paciente. En las diversas rotaciones de las especialidades se pudo lograr aprender cosas relevantes y que serán de gran utilidad para el momento en el que se realice el servicio rural.

En cuanto a la experiencia en un establecimiento que pertenece al primer nivel de atención, es sin duda, equivalente en enriquecimiento de conocimientos a lo que se realiza en los centros hospitalarios. Esto es porque tal vez en los hospitales la orientación en el tratamiento abarca aspectos más complejos o herramientas que solo están disponibles en un establecimiento de salud avanzado. Sin embargo, en el servicio rural, tales herramientas en diagnóstico y tratamiento se limitaran, por ende, es de valorar que hayan añadido el internado en un establecimiento de primer nivel de atención; de esta manera, se aprende medidas de primer nivel, el manejo de las patologías más comunes en una población o comunidad. Esto último será de gran utilidad en el servicio rural ya que la mayoría de los pueblos en donde se requiere atención disponen de un centro de primer nivel.

Finalmente, destacamos que el internado en la carrera de Medicina Humana aún requiere de ciertas modificaciones para acercarse a la perfección; sin embargo, sigue tratándose de un lapso en donde las experiencias adquiridas son valiosas e irremplazables. Fomenta la formación de los futuros médicos y el desarrollo de diferentes habilidades que serán de utilidad para ayudar a más pacientes.

CONCLUSIONES

- El internado en la carrera de Medicina Humana resulta uno de los momentos que adquieren un gran valor a lo largo de la formación académica como médicos cirujanos, puesto que es en este lapso de tiempo en donde diversas habilidades tanto prácticas como teóricas, son aprendidas por parte de los estudiantes. Asimismo, representa la oportunidad perfecta para ejercer y aplicar los conocimientos aprendidos a lo largo de la carrera, de atender a pacientes y tratar las enfermedades que presenten. Esto puede lograrse a través de las lecciones que brinden los diferentes docentes dentro del internado, los cuales orientan a los estudiantes a alcanzar el prospecto ideal de diagnóstico y tratamiento.
- El internado en la carrera de Medicina Humana les permite a los estudiantes formar diferentes habilidades sociales como la de trabajar en equipo. Esto es porque en los diferentes hospitales o establecimiento de salud se encuentran otros estudiantes realizando también su internado, por lo tanto, se debe convivir con personas de otros ámbitos y contextos. Motivo por el cual, se añaden nuevas formas de relacionarse y resolver problemas.
- El realizar el internado médico en un establecimiento que pertenezca al primer nivel de atención de salud, representa una gran ventaja debido a que es en estos lugares en donde se aprende el manejo de las enfermedades más frecuentes en la comunidad, su correcto diagnóstico y posterior tratamiento. Esto es importante porque son estos niveles de atención los que más abundan en el servicio rural, por lo tanto, es mejor poder manejar los procesos de diagnóstico y tratamiento en un nivel de atención básico ya que es algo que se utilizará en un futuro cercano. Adicional a ello, en los primeros niveles de atención el interno aprende más porque normalmente es uno de los pocos personales de salud en el lugar, siendo responsable de resolver, en ocasiones, todos los problemas de manera individual, lo cual fomentará la creatividad y comprensión de las patologías a un nivel más profundo puesto que solo de esa forma se podrá ayudar a todos los pacientes.
- La lección de vida aprendida que más se destaca en el internado es la gran capacidad de adaptación, esfuerzo y fortaleza que deben tener cada personal de salud en el día a día, e incluso en mayor cantidad, en las situaciones adversas que no planteen un gran escenario para los pacientes. Se destaca

que a pesar de los problemas o situaciones críticas que puedan ocurrir en el mundo, se debe mantener la seriedad y compromiso con la vida de los pacientes en todo momento. Esto se demostró en la época del Covid-19 ya que, a pesar de que significaba un virus mortal para muchas personas con comorbilidades, muchos médicos siguieron el camino sin dar un paso al costado; se supieron adaptar y seguir a pesar de la nefasta situación que se estaba viviendo.

RECOMENDACIONES

1. Es recomendable que el internado de la Carrera de Medicina Humana se realice en base a la supervisión adecuada de un personal capacitado, solo de esta forma los estudiantes podrán alcanzar una educación de calidad.
2. Retornar a la duración de 12 meses del internado es de suma importancia, ya la capacidad de toma de acciones se basa en la práctica constante.
3. Los establecimientos donde se pueda realizar el internado no deben incluir solamente a los hospitales modernos o de un nivel de atención más avanzado, por el contrario, se sugiere mayor intervención en los establecimientos de primer nivel ya que sería una experiencia muy similar a la que se vivirá en el servicio rural.
4. El futuro médico necesita formarse de acuerdo con las últimas guías establecidas, tanto a nivel práctico como teórico, de esta manera se podrá tener un mejor manejo de la información y se podrá aprovechar de mejor manera las habilidades personales.
5. Las universidades y los centros de estudio deben mostrar mayor interés en el ámbito de la salud mental de los estudiantes, puesto que es bien sabido que Medicina Humana es una de las carreras con el mayor índice de depresión y suicidios.
6. Las universidades deben ofrecer un gran abanico de posibles lugares en donde realizar el internado, además de ello, también permitir rotar diferentes especialidades, de esta forma se dará una enseñanza de mayor calidad.
7. Se deben implementar exámenes o algún tipo de estándar que deben completar los estudiantes que estén realizando su internado, esto con el objetivo de verificar si realmente están adquiriendo nuevas habilidades y conocimientos.
8. Las entidades universitarias se deben asegurar que el horario de estudio y trabajo en el internado sea adecuado y respetado ya que muchas veces se ven guardias de hasta 36 horas en compañía de internos, lo cual no es beneficio para su salud.
9. Se debe considerar una remuneración económica hacia el interno de la carrera de Medicina Humana, puesto que ~~en sí se está realizando un trabajo bajo las normas de la ley, por lo tanto, se debe reconocer como tal.~~

- 10.** Las entidades universitarias deben fomentar una formación uniforme en los internos de la carrera de Medicina Humana, de esta forma se asegura una educación de calidad e igualitaria para todos los estudiantes, y por lo tanto, se obtendrá la misma calidad de atención para los pacientes.
- 11.** Se debe fomentar el hábito de la investigación en los estudiantes de la carrera desde los primeros ciclos de estudio, de esta manera los estudiantes realizarán estudios que serán fuentes de información nueva.
- 12.** Las universidades deben fomentar en sus estudiantes el aprendizaje autónomo y que vaya de acuerdo con las necesidades de cada persona porque con ello, se desarrollarán diferentes habilidades.
- 13.** Las entidades de educación deben proporcionar un medio adecuado para que sus alumnos tengan la facilidad de crear un ámbito saludable, de esta forma cada uno alcanzará un potencial máximo que se podrá utilizar para la práctica clínica.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hospital Nacional Hipólito Unanue. [Internet]. Gob.pe. Portal de Transparencia. [citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.transparencia.gob.pe/enlaces/pte_transparencia_enlaces.aspx?id_entidad=13693#.ZCenPnbMLIU
2. Reseña histórica del Hospital Nacional Hipólito Unanue. [Internet]. Gob.pe. 2022. [citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/historia/>
3. Hospital Nacional Hipólito Unanue. [Internet]. Gob.pe. MINSA. 2022. [citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/hnhu>
4. Hospital Emergencia Ate Vitarte – Información institucional. [Internet]. Gob.pe. 2021. [citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/heav/institucional>
5. Informe de visita de Campo N°010-2020-2021-CESEGRD Hospital Emergencia Ate Vitarte. [Internet]. Congreso de la República. 2021. [citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Informes/Comisiones_Especiales/ANEXO-29-HOSP-ATE-VITARTE.pdf
6. Centro de Salud Alfa y Omega en Ate. [Internet]. Establecimientos de Salud. 2021. [citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.establecimientosdesalud.info/lima-este/centro-de-salud-alfa-y-omega-ate/>
7. Pobladores de Ate se beneficiarán con construcción de moderno centro de salud. [Internet]. Gob.pe. 2011. [citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/35676-pobladores-de-ate-se-beneficiaran-con-construccion-de-moderno-centro-de-salud>
8. Ministra de Salud Silvia Pessah presentó remodelado Centro de Salud Alfa y Omega de Ate Vitarte. [Internet]. Gob.pe. 2018. [citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/24142-ministra-de-salud-silvia-pessah-presento-remodelado-centro-de-salud-alfa-y-omega-de-ate-vitarte>
9. Murúa OA. González MA. Apendicitis aguda: anatomía normal, hallazgos por imagen y abordaje diagnóstico radiológico. Rev Med UAS. 2020. [citado el 27 de marzo de 2023]; 10(4). Disponible en: <https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v10/n4/apendicitisaguda.html>
10. Hernández J. Escala de mayor precisión para el diagnóstico de apendicitis aguda: análisis comparativo entre la escala de Alvarado, RIPASA y nueva propuesta. Cir. gen. 2020. [citado el 27 de marzo de 2023]; 41(3). Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000300144#:~:text=De%20acuerdo%20con%20el%20puntaje,im%C3%A1genes%20\(US%2C%20TAC\)](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000300144#:~:text=De%20acuerdo%20con%20el%20puntaje,im%C3%A1genes%20(US%2C%20TAC))
11. Elsevier Point of Care. Appendicitis [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/#!/content/clinical_overview/67-s2.0-9fcb16b1-e686-4716-8f64-800db27a7f17#most-common-heading-26
12. Durso A. Paes F. Caban K. Danton G. Braga T. Sanchez A. Munera F. Evaluation of penetrating abdominal and pelvic trauma. European Journal of

- Radiology. 2020. [citado el 27 de marzo de 2023]; 130. doi:10.1016/j.ejrad.2020.109187
13. Brenner M. Hicks C. Major Abdominal Trauma. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2018. [citado el 27 de marzo de 2023]; 36(1), 149–160. doi:10.1016/j.emc.2017.08.012
 14. Escartín A. González M. Muriel P. Cuello E. Pinillos A. Santamaría M. Salvador H. Olsina J. Colecistitis aguda litiásica: aplicación de las Guías de Tokio en los criterios de gravedad. *Cirugía y Cirujanos*. 2021. [citado el 27 de marzo de 2023]; 89(1). Disponible en: https://www.cirugiaycirujanos.com/files/circir_21_89_1_012-021.pdf
 15. Sánchez P. León C. Amo M. Méndez B. García A. Asociación d parámetros analíticos y radiológicos en el diagnóstico de la colecistitis aguda. *Rev. Gastro Mex*. 2019. [citado el 27 de marzo de 2023]; 84(4):449-454. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S037509061830171X?via%3Dihub>
 16. Maza J. Rodríguez J. Santes O. Hernández A. Clemente U. Sánchez G. et al. Colecistectomía percutánea como tratamiento de colecistitis aguda: ¿qué ha pasado en los últimos 5 años? Revisión de la literatura. *Rev. Gastro Mex*. 2019. [citado el 27 de marzo de 2023]; 84(4):482-491. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090619301120?via%3Dihub>
 17. Teng A. Nelson D. Dehal A. Ching S. Fischer T. Steele S. Goldfarb M. Colon cancer as a subsequent malignant neoplasm in young adults. *PubMed*. 2019. [citado el 27 de marzo de 2023]; 125(21):3749-3754. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31290995/>
 18. Tratamiento del cáncer de colon (PDQ). Instituto Nacional del Cáncer. *Cáncer.gob*. 2022. [citado el 27 de marzo de 2023]; Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/tipos/colorrectal/paciente/tratamiento-colorrectal-pdq#_93
 19. Robertson A. Segui S. Wenzek H. Koulaouzidis A. Artificial intelligence for the detection of polyps or cancer with colon capsule endoscopy. *Ther Adv Gastrointest Endosc*. 2021. [citado el 27 de marzo de 2023]; 14:1-8. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/26317745211020277>
 20. Alrowaily N, D'Souza R, Dong S, Chowdhury S, Ryu M, Ronzoni S. Determining the optimal antibiotic regimen for chorioamnionitis: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2021. [citado el 27 de marzo de 2023]; 16;100(5):818–31. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.14044>
 21. Jain VG, Willis KA, Jobe A, Ambalavanan N. Chorioamnionitis and neonatal outcomes. *Pediatric Research*. 2021. [citado el 27 de marzo de 2023]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8720117/>
 22. Conde-Agudelo A, Romero R, Jung EJ, García AJ. Management of Clinical Chorioamnionitis: An Evidence-Based Approach. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2020. [citado el 27 de marzo de 2023]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8315154/>

23. Hendriks E, MacNaughton H, MacKenzie MC. First Trimester Bleeding: Evaluation and Management. *American Family Physician* [Internet]. 2019. [cited 2023 Apr 7]; 99(3):166–74. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/0201/p166.html#afp20190201p166-t1>
24. Pontius E, Vieth JT. Complications in Early Pregnancy. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2019. [cited 2023 Apr 7]; May;37(2):219–37. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0733862719300045?via%3Dihub>
25. Devall A, Papadopoulou A, Podesek M, Hass D, Price M, Coomarasamy. Progestogens for preventing miscarriage: a network meta-analysis. *Cochrane Library*. 2021. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013792.pub2/full>
26. Yuan Y, Cai X, Shen F, Ma F. HPV post-infection microenvironment and cervical cancer. *Cancer Letters* [Internet]. 2021. [citado el 27 de marzo de 2023]; 28;497:243–54. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304383520305681?via%3Dihub>
27. Lin W, Zhang Q, Chen Y, Dong B, Xue H, Lei H, et al. Changes of the vaginal microbiota in HPV infection and cervical intraepithelial neoplasia: a cross-sectional analysis. *Scientific Reports*. 2022. [citado el 27 de marzo de 2023]; 18;12(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8857277/>
28. ahic M, Kameric L, Hadzimehmedovic A. Progression Low Squamous Intraepithelial Lesion and Human Papillomavirus Infections. *Materia Socio Medica*. 2020. [citado el 27 de marzo de 2023];32(2):127. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7428887/>
29. González-Yebra B, Mojica-Larrea M, Alonso R, González AL, Romero-Morelos P, Taniguchi-Ponciano K, et al. Perfil de infecciones por VPH en lesiones cervicales. *Gaceta de México*. 2022. [citado el 27 de marzo de 2023]; 158(4). Disponible en: https://www.gacetamedicademexico.com/frame_esp.php?id=728
30. Al Beloushi M, Kalache K, Ahmed B, Konje JC. Ultrasound diagnosis of infections in pregnancy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2021. [citado el 27 de marzo de 2023] ;262:188–97. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34062306/>
31. Leeper C, Lutzkanin A. Infections During Pregnancy. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 2018. [citado el 27 de marzo de 2023] ;45(3):567–86. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0095454318300502?via%3Dihub>
32. Wu S, Wang J, Guo Q, Lan H, Sun Y, Ren M, et al. Prevalence of HIV, syphilis, and hepatitis B and C virus infections in pregnant women: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Microbiology and Infection: The Official Publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*

- [Internet]. 2023 Mar 13 [cited 2023 Apr 7];S1198-743X(23)001167. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36921717/>
33. Goncalves L, Lima A, Cláudio L, Perches C, et al. Double screening for syphilis and HIV in pregnant women in a priority municipality for the elimination of vertical transmission in Brazil: incidence, risk factors and spatial analysis. *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 2022. Disponible en: <https://academic.oup.com/trstmh/advance-article-abstract/doi/10.1093/trstmh/trac113/6891090?redirectedFrom=fulltext&login=false>
 34. Mabaso N, Ngobese B, Abbai N, et al. Prevalence of Syphilis in Pregnant Women Living With Human Immunodeficiency Virus (HIV) From South Africa Using a Molecular-Based Assay. *Sage Journals*. 2023. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/09564624231166451?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
 35. Fornes Vivas R, Robledo Díaz L, Roca E, Juanes A, Feito C, San V, et al. Utilidad de los criterios clínicos para el adecuado diagnóstico de la faringoamigdalitis en la urgencia pediátrica. [Internet]. [cited 2023 Apr 7]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL93/ORIGINALES/RS93C_201911061.pdf
 36. Espadas Maciá D, Flor Macián EM, Borrás R, Poujois Gisbert S, Muñoz Bonet JI. Infección por estreptococo pyogenes en la edad pediátrica: desde faringoamigdalitis aguda a infecciones invasivas. *Anales de Pediatría*. 2018. [citado el 27 de marzo de 2023];88(2):75–81. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403317300565?via%3Dihub>
 37. Pavez D, Pérez R, Cofré J, Rodríguez J. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento etiológico de la faringoamigdalitis aguda estreptocócica en pediatría. *Revista chilena de infectología* [Internet]. 2019. [cited 2019 Sep 23];36(1):69–77. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182019000100069&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 38. Actualización del documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. *Anales de Pediatría* [Internet]. 2020. [citado el 27 de marzo de 2023];93(3):206.e1–8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403320301843?via%3Dihub>
 39. Meyrier A, Niaudet P. Acute kidney injury complicating nephrotic syndrome of minimal change disease. *Kidney International*. 2018. [citado el 27 de marzo de 2023];94(5):861–9. Disponible en: [https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538\(18\)30352-1/fulltext](https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538(18)30352-1/fulltext)
 40. Romero W, Vargas M, Huérfano M, Andrade R. Enfermedad de cambios mínimos como glomerulopatía paraneoplásica en un paciente con tumor sólido. *Revista Colombiana de Nefrología*. 2020. [citado el 27 de marzo de 2023]; 8(2). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcnef/v8n2/2500-5006-rcnef-8-02-e701.pdf>

41. Zamora G, Pearson-Shaver AL. Minimal Change Disease [Internet]. PubMed. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560639/>
42. Ballarin J, Arce Y, Marco H, Da Silva I, Montserrat D. Nefropatía por Cambios mínimos. Nefrología al día. 2022. [citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-nefropatia-por-cambios-minimos-429>
43. Bello A, Lombraña Á. Crisis febriles. Pediatría Integral. 2020. [citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2020-10/crisis-febriles/>
44. aino D, Mencaroni E, Esposito S. Management of Pediatric Febrile Seizures. International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2018 Oct 12;15(10):2232. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6210946/>
45. Mewasingh LD, Chin RFM, Scott RC. Current understanding of febrile seizures and their long-term outcomes. Developmental Medicine & Child Neurology. 2020 Aug 3;62(11):1245–9. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dmcn.14642>
46. Sawires R, Buttery J, Fahey M. A Review of Febrile Seizures: Recent Advances in Understanding of Febrile Seizure Pathophysiology and Commonly Implicated Viral Triggers. Frontiers in Pediatrics [Internet]. 2022 Jan 13;9:801321. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8793886/>
47. Domínguez O, Plaza AM, Alvaro M. Relationship Between Atopic Dermatitis and Food Allergy. Current Pediatric Reviews [Internet]. 16(2):115–22. Disponible en: <https://www.eurekaselect.com/article/102223>
48. Plaza AM, Alvaro M. Relationship Between Atopic Dermatitis and Food Allergy. Current Pediatric Reviews [Internet]. 16(2):115–22. Disponible en: <https://www.eurekaselect.com/article/102223>
49. Sroka-Tomaszewska J, Trzeciak M. Molecular Mechanisms of Atopic Dermatitis Pathogenesis. International Journal of Molecular Sciences [Internet]. 2021 Apr 16;22(8). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8074061/>
50. Kim J, Kim BE, Leung DYM. Pathophysiology of atopic dermatitis: Clinical implications. Allergy and Asthma Proceedings [Internet]. 2019 Mar 1;40(2):84–92. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6399565/>
51. Enfermedad Renal Crónica | Nefrología al día [Internet]. www.nefrologiaaldia.org. <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-enfermedad-renal-cronica-136>
52. Vaidya SR, Aeddula NR. Chronic renal failure [Internet]. Nih.gov. StatPearls Publishing; 2019. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535404/>
53. Ammirati AL. Chronic Kidney Disease. Revista da Associação Médica Brasileira. 2020;66(suppl 1):s03–9. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/MSYFJQpZVgQdc69PGyqN3TS/?lang=en>
54. Eyení Sinomono DT, Loumingou R, Gassongo Koumou GC, Mahoungou GH, Mobengo JL. Chronic renal failure in the brazzaville university hospital center:

- Epidemiological, clinical and evolutionary aspects. Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation: An Official Publication of the Saudi Center for Organ Transplantation, Saudi Arabia [Internet]. 2021 [cited 2023 Apr 7];32(5):1450–5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35532716/>
55. American Kidney Fund. Stages of kidney disease [Internet]. www.kidneyfund.org. 2021. Disponible en: <https://www.kidneyfund.org/all-about-kidneys/stages-kidney-disease>
 56. Waller TA, Pantin SAL, Yenior AL, Pujalte GGA. Urinary Tract Infection Antibiotic Resistance in the United States. Primary Care: Clinics in Office Practice. 2018 Sep;45(3):455–66. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30115334/>
 57. Masajtis-Zagajewska A, Nowicki M. New markers of urinary tract infection. Clinica Chimica Acta. 2017 Aug;471:286–91. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0009898117302292?via%3Dihub>
 58. Millner R, Becknell B. Urinary Tract Infections. Pediatric Clinics of North America. 2019. ;66(1):1–13. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0031395518301263?via%3Dihub>
 59. González E. Infecciones del tracto urinario. Nefrología al día. 2023.
 60. Schumann JA, Pflieger N. Ear Irrigation [Internet]. PubMed. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459335/>
 61. Michaudet C, Malaty J. Cerumen Impaction: Diagnosis and Management. American Family Physician [Internet]. 2018. 15;98(8):525–9. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2018/1015/p525.html>
 62. Schumann JA, Pflieger N. Ear Irrigation [Internet]. PubMed. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459335/>
 63. Oclusión por cerumen - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic [Internet]. www.mayoclinic.org. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/earwax-blockage/diagnosis-treatment/drc-20353007>
 64. Csikós E, Horváth A, Ács K, Papp N, Balázs VL, Dolenc MS, et al. Treatment of Benign Prostatic Hyperplasia by Natural Drugs. Molecules (Basel, Switzerland) [Internet]. 2021 Nov 25;26(23):7141. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8659259/>
 65. Montiel-Jarquín ÁJ, Gutiérrez-Quiróz CT, Pérez-Vázquez AL, Ortiz-Agustín JJ, García-Galicia A, Loría-Castellanos J. Calidad de vida y disfunción eréctil en pacientes con hiperplasia prostática benigna. Cirugía y Cirujanos. 2021 Feb 9;89(2). Disponible en: https://www.cirugiaycirujanos.com/frame_esp.php?id=465
 66. Couteau N, Duquesne I, Frédéric P, Thiounn N, Timsit MO, Mejean A, et al. Ejaculations and Benign Prostatic Hyperplasia: An Impossible Compromise? A Comprehensive Review. Journal of Clinical Medicine. 2021 Dec 10;10(24):5788. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8704358/>

ANEXOS:

ANEXO 1: Escala de Alvarado

Cuadro. Escala de puntuación para el diagnóstico clínico de la apendicitis aguda según la escala de Alvarado

Aspecto	Manifestaciones clínicas y de laboratorio	Puntuación
Síntomas	Migración del dolor a fosa iliaca derecha	1
	Anorexia	1
	Náuseas y / o vómitos	1
Signos	Dolor en cuadrante inferior derecho	1
	Dolor al rebote o descompresión	2
	Fiebre	1
Laboratorio	Leucocitosis	2
	Desviación izquierda	1
Total de puntos		10

ANEXO 2: Escala de Centor, Mclsaac y FeverPAIN

Criterios clínicos	Centor	Mclsaac	FeverPAIN
Fiebre >38°C	+1	+1	+1
Ausencia de tos	+1	+1	
Ausencia de tos o coriza			+1
Exudado amigdalár	+1		+1
Inflamación o exudado amigdalár		+1	
Inflamación amigdalár importante			+1
Adenopatías laterocervicales dolorosas	+1	+1	
Edad			
• 3-<15 años		+1	
• 15-<45 años		0	
• ≥45 años		-1	
Visita rápida al médico (≤3 días)			+1

ANEXO 3: Estimaciones de puntuación en las escalas de Centor, Mclsaac y FeverPAIN

	Puntuación	Puntuación	Puntuación
Probabilidad estimada de cultivo positivo para EhbGA	0: 2,5%	0: 1-2,5%	0-1: 13-18%
	1: 6-6,9%	1: 5-10%	2-3: 34-
	2: 14,1-	2: 11-17%	40%
	16,6%	3: 28-35%	4-5: 62-
	3: 30,1-	≥4: 51-53%	65%
	34,1%		
	4: 55,7%		

ANEXO 4: Etapas de clasificación de la Enfermedad Renal Crónica

Stage of CKD	eGFR result	What it means
Stage 1	90 or higher	<ul style="list-style-type: none"> - Mild kidney damage - Kidneys work as well as normal
Stage 2	60-89	<ul style="list-style-type: none"> - Mild kidney damage - Kidneys still work well
Stage 3a	45-59	<ul style="list-style-type: none"> - Mild to moderate kidney damage - Kidneys don't work as well as they should
Stage 3b	30-44	<ul style="list-style-type: none"> - Moderate to severe damage - Kidneys don't work as well as they should
Stage 4	15-29	<ul style="list-style-type: none"> - Severe kidney damage - Kidneys are close to not working at all
Stage 5	less than 15	<ul style="list-style-type: none"> - Most severe kidney damage - Kidneys are very close to not working or have stopped working (failed)