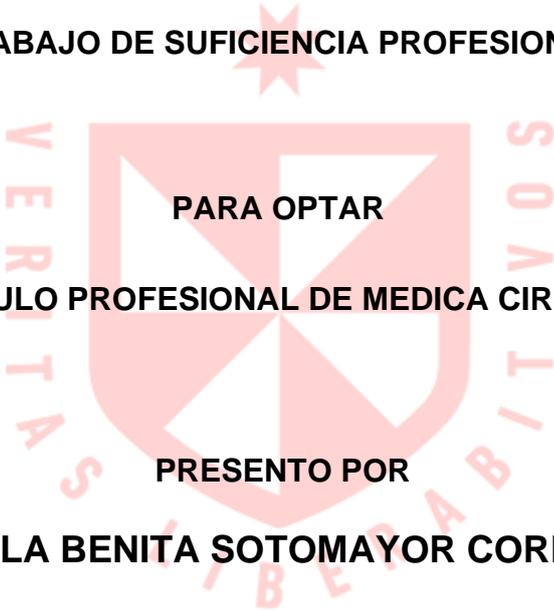


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA PROFESIONAL DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL



**PARA OPTAR
EL TITULO PROFESIONAL DE MEDICA CIRUJANA
PRESENTO POR
SHEYLA BENITA SOTOMAYOR CORDOVA**

ASESORA

SHIRLEY ROSSEMARY QUISPE PANTA

LIMA - PERÚ

2024



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada

CC BY-NC-ND

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA
HUMANA**

**EXPERIENCIA PROFESIONAL DEL INTERNADO MÉDICO EN
EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICA CIRUJANA**

**PRESENTADO POR
SHEYLA BENITA SOTOMAYOR CORDOVA**

**ASESORA
MC SHIRLEY ROSSEMARY QUISPE PANTA**

LIMA-PERÚ

2024

JURADO

Presidente: Dra. Emma Mercedes Huamani De La Cruz

Miembro: Dr. Jeffrey Tovar Roca

Miembro: Dr. Sandro Yanick Cano Gamarra

DEDICATORIA

Doy gracias al Creador por otorgarme la sabiduría, el valor y la convicción para avanzar sin cesar; a mis queridos padres, cuya dedicación, esfuerzo y respaldo inquebrantable han sido pilares durante estos extensos siete años de formación académica; a mi estimado hermano, quien ha sido mi sostén emocional, brindándome orientación y palabras de estímulo para perseguir mis aspiraciones; a aquellos que, aunque no estuvieron presentes físicamente, me acompañaron en espíritu hasta concluir esta maravillosa travesía.

AGRADECIMIENTOS

A todos los docentes y médicos que, con dedicación y vocación, contribuyeron en mi formación profesional, brindándome sus enseñanzas y apoyo constante para poder realizarme como futura profesional de la salud.

Expreso mi sincero agradecimiento a la Universidad de San Martín de Porres por equiparme con los recursos indispensables para completar mi educación en medicina y ser la base de mi formación profesional, humanística y clínica.

A la Dra. Shirley Rossemary Quispe Panta, mi mentora, por su invaluable guía; su sabiduría, experiencia, dedicación y paciencia fueron cruciales para mi orientación en la elaboración de este proyecto.

ÍNDICE

PORTADA	i
JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1.1 Rotación en Cirugía General	4
1.1.2 Rotación en Pediatría	8
1.1.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia	13
1.1.4 Rotación en Medicina Interna	17
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	21
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	25
3.1 Cirugía General	25
3.2 Pediatría	30
3.3 Ginecología y Obstetricia	37
3.4 Medicina Interna	45
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	56
CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES	58
FUENTES DE INFORMACIÓN	59
ANEXOS	

RESUMEN

Objetivo: Describir las experiencias de una interna con habilidades teóricas y prácticas durante el internado médico, como un elemento integral de esta vivencia preprofesional en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. **Materiales y métodos:** Se elaboran y presentan 8 casos clínicos pertenecientes al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el marco del programa de internado médico que se lleva a cabo en el período 2023. **Resultados:** El internado médico representa la formación de futuros profesionales de la medicina por ello es esencial potenciar esta fase final de formación preprofesional en el ámbito sanitario para compensar las limitaciones prácticas experimentadas ya que años previos teorías y prácticas fueron dictados de forma virtual por la pandemia. **Conclusión:** Se debe mantener una interacción adecuada de interno a paciente ya que facilita la realización de una anamnesis exhaustiva, exploración física, formulación diagnóstica y plan terapéutico efectivo, lo cual es fundamental para el mejoramiento del estado de salud del paciente.

Palabras clave: Internado médico, prácticas clínicas

ABSTRACT

Objective: To describe the experiences of an intern with theoretical and practical skills during the medical internship, as an integral element of this pre-professional experience at the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital. **Materials and methods:** 8 clinical cases belonging to the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital are prepared and presented within the framework of the medical internship program that takes place in the period 2023. **Results:** The medical internship represents the training of future medical professionals. For this reason, it is essential to promote this final phase of pre-professional training in the health field to compensate for the practical limitations experienced since previous years theories and practices were dictated virtually due to the pandemic. **Conclusion:** An adequate interaction between inmate and patient must be maintained as it facilitates the completion of a thorough anamnesis, physical examination, diagnostic formulation and effective therapeutic plan, which is essential for improving the patient's health status.

Keywords: Medical internship, clinical practices

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA PROFESIONAL DEL INTER
NADO MÉDICO EN EL HOSPITAL CARLO
S LANFRANCO LA HOZ 2023**

AUTOR

**SHEYLA BENITA SOTOMAYOR CORDOV
A**

RECuento de palabras

16701 Words

RECuento de caracteres

96263 Characters

RECuento de páginas

69 Pages

Tamaño del archivo

983.2KB

Fecha de entrega

Apr 9, 2024 2:49 PM GMT-5

Fecha del informe

Apr 9, 2024 2:50 PM GMT-5

● **17% de similitud general**

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

- 17% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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

INTRODUCCIÓN

El periodo de internado médico es crucial en el desarrollo completo de los médicos en formación, uniendo la teoría con la práctica. Esta etapa representa el cambio de ser estudiante a convertirse en un profesional sanitario, actuando como un enlace entre el aprendizaje académico y la práctica clínica. Ofrece una experiencia esencial en entornos clínicos reales, equipando a los futuros médicos para afrontar los retos y obligaciones de su carrera profesional.

El 26 de junio de 2022, el Colegio Médico del Perú publicó una declaración que enfatiza una inquietud importante respecto al internado médico. Este anuncio destaca la relevancia de esta fase en la educación de los médicos en formación, señalando que su correcta ejecución es crucial no solo para la enseñanza médica, sino también para asegurar la calidad de la atención médica futura. El internado se distingue por ser un período de práctica activa, que engloba tres elementos fundamentales: los hospitales o centros de enseñanza acreditados, los médicos tutores especializados en las áreas donde los estudiantes realizan sus rotaciones, y los pacientes que reciben atención médica. Cada uno de estos elementos juega un papel crucial en la formación de los internos, contribuyendo a su desarrollo profesional y personal. Juntos, conforman lo que se conoce como el campo clínico, un entorno de aprendizaje dinámico y retador donde los futuros médicos ponen en práctica sus habilidades, conocimientos y valores éticos ⁽¹⁾.

Este trabajo se enfoca en un aspecto fundamental de la formación médica: el internado médico. Durante esta etapa, las rotaciones cubren cuatro áreas principales: Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología-Obstetricia y Pediatría. Estas rotaciones son cruciales para reforzar tanto habilidades médico-quirúrgicas como humanísticas, indispensables para la atención al paciente. Los internos, bajo la supervisión y asesoría continua, se colocan en plazas asignadas por diversas entidades como el Ministerio de Salud (Minsa), las Fuerzas Armadas, EsSalud y entidades privadas de salud.

Este documento tiene como objetivo principal narrar la experiencia profesional obtenida por una interna médica en el hospital Carlos Lanfranco La Hoz, afiliado al Minsa en Lima, Perú. Expone de manera detallada el proceso de aprendizaje durante el internado médico en el año 2023. La finalidad de este trabajo es registrar las habilidades y conocimientos ganados, mediante el análisis de ocho casos clínicos significativos de distintas rotaciones médicas.

Además, se aborda la comprensión de la realidad sanitaria del país, destacando la limitación de recursos y la necesidad de adaptación del médico en aspectos de prevención, diagnóstico y tratamiento. La meta de este documento es que sea una herramienta útil para enriquecer el conocimiento y el desarrollo de futuros médicos, centrándose en la progresión del sistema de salud y en la aplicación efectiva de la práctica médica. Con ello, se busca enriquecer, no solo la formación de los médicos en formación, sino también mejorar la calidad del servicio de salud en Perú y en contextos similares.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

La formación profesional en la carrera de Medicina Humana en el Perú abarca un período de siete años y se estructura en tres fases académico-prácticas. La primera fase es la de Ciencias Básicas, que se centra en la educación teórica básica. La etapa Clínica marca la segunda fase, y la tercera y final es el Internado Médico. Según el programa de estudios, estos siete años se organizan en ciclos, contando con dos ciclos cada año.

Ciencias básicas

Durante la fase inicial, que comprende los tres primeros años académicos o los seis primeros ciclos de estudio, se enfoca en materias clave y generales que forman la base necesaria para la especialización en Medicina Humana. En el primer año, se enseñan asignaturas como Matemáticas, Psicología General, Lenguaje, Filosofía, Química, Procedimientos Básicos en Medicina, Informática Médica, acompañadas de actividades deportivas y culturales como coro, danzas folclóricas y baloncesto, entre otras (correspondientes al primer ciclo). En el segundo año de estudios, las materias del tercer ciclo incluyen Anatomía I y II, Embriología, Bioestadística, Inglés II, Histología. Por otro lado, el cuarto ciclo abarca temas como Inmunología Básica, Parasitología, Bioquímica, Microbiología e Inglés Médico. Durante el tercer año, el quinto ciclo se centra en asignaturas como Psicología Médica, Fisiología Humana, Epidemiología; mientras que en el sexto ciclo se añaden Patología, Metodología de la Investigación, Fisiopatología, Bioética y Farmacología.

Esta etapa inicial marca el primer encuentro de los estudiantes con el sistema de salud de Perú, particularmente en el primer y tercer año mediante las asignaturas de Salud Pública y Epidemiología. En estos años, los estudiantes se organizan en grupos y se asignan a diferentes centros de atención primaria para realizar prácticas preclínicas. Estos cursos brindan la oportunidad inicial de interactuar con los programas de salud del país y de comprender las

cuestiones sociales y de salud que afectan a la población atendida en estos establecimientos.

Clínica

Comenzando en el cuarto año y continuando hasta el sexto año de la carrera médica, esta fase se distingue por la combinación de clases teóricas en las aulas de la facultad de medicina y prácticas, incluyendo refuerzo teórico, en diversos hospitales de acuerdo a la asignatura en cuestión. A lo largo de este periodo, los estudiantes de medicina perfeccionan sus habilidades en la presentación, elaboración y análisis de casos clínicos.

Al principio, se pone énfasis en el detallado llenado de historias clínicas, estableciendo así la primera etapa de la atención médica. Esta etapa incluye la interacción médico-paciente, la elaboración de la anamnesis y la importancia de conocer los antecedentes fisiológicos y patológicos, tanto personales como familiares. Posteriormente, con la comprensión de la relevancia de interrogar al paciente, el estudiante de medicina utiliza sus conocimientos teóricos y prácticos para manejar distintas situaciones clínicas. Esto abarca la formulación de diagnósticos provisionales, la petición de exámenes auxiliares pertinentes y la sugerencia de tratamientos posibles, sean médicos o quirúrgicos.

Durante el cuarto año del programa de Medicina Humana, los estudiantes se enfocan en materias como Laboratorio Clínico, Medicina I y II, Diagnóstico por Imagen I y II, Patología II, Nutrición, Oncología. En el quinto año, los cursos se vuelven más complejos y están dirigidos hacia áreas especializadas. Estos incluyen Medicina III, Terapéutica, Tesis I, Técnica Operatoria, Anestesiología, Psiquiatría, Cirugía General y Digestiva, Traumatología, y dos bloques de especialidades: uno que abarca Otorrinolaringología, Urología, Oftalmología, y otro que incluye Cirugía Plástica, Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía Torácica, Neurocirugía.

En el último año, el sexto, se programan asignaturas como Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Legal y Forense, Pediatría, Salud Pública II,

Geriatría, Emergencias Médicas, Ginecología y Obstetricia, y Tesis II. Es relevante mencionar que, debido a las circunstancias de salud pública, las clases durante 2020 y 2021 se realizaron de manera virtual, lo cual limitó la práctica en entornos hospitalarios y la posibilidad de clases teóricas presenciales.

Internado médico

El internado médico representa la última etapa de la formación médica y depende de las plazas disponibles asignadas por el Ministerio de Salud (Minsa), las Fuerzas Armadas y diversas instituciones privadas de salud. Para los internos en plazas del Minsa, el Oficio Circular DG-DIGEP/Minsa indica que las rotaciones clínicas deben efectuarse en centros de salud de nivel primario y hospitales de la misma jurisdicción, lo que favorece la consolidación de conocimientos tanto teóricos como prácticos. Por otro lado, en los Hospitales de las Fuerzas Armadas, las plazas se otorgan a través de un examen de méritos y las rotaciones se llevan a cabo exclusivamente en centros médicos de nivel secundario pertenecientes a las Fuerzas Armadas.

Las rotaciones del internado médico se distribuyen en cuatro especialidades clave: Pediatría, Cirugía General, Medicina Interna y Ginecología-Obstetricia, donde los internos fortalecen tanto sus habilidades médico-quirúrgicas como humanísticas en la atención al paciente. Bajo supervisión y asesoramiento constantes, los internos se sumergen en diversas subespecialidades. En Cirugía General, se abarcan áreas como la propia oftalmología, cirugía general, cirugía torácica y cardiovascular, traumatología, otorrinolaringología, urología, cirugía pediátrica y neurocirugía. En Pediatría, se enfocan en la atención neonatal y en problemas de salud en niños y adolescentes. Por su parte, en Ginecología y Obstetricia, el énfasis está en el manejo de situaciones ginecológicas y obstétricas de carácter urgente y de emergencia.

En Medicina Interna, se abordan unidades de aprendizaje como enfermedades cardiovasculares, cutáneas, renales, digestivas, del sistema nervioso, metabólicas, hormonales, infecciosas, mentales, articulares, hematológicas, así como ética y medicina legal. El orden de las rotaciones

varía según la entidad de salud, para mantener un orden en que se presentarán los casos clínicos se iniciará con el servicio de Cirugía General, seguido de Pediatría, Ginecología y Obstetricia, y finalizamos con Medicina Interna. Este orden determina la presentación de casos clínicos durante el internado.

1.1 Casos clínicos

Dentro de nuestro proceso de educación académica y profesional, se examinan varios casos clínicos que la autora ha vivenciado a lo largo de su internado médico. Estos casos son particularmente instructivos y valiosos para la práctica médica, sobre todo en el contexto de centros de atención primaria y secundaria de salud.

1.1.1 Rotación en cirugía general

1.1.1.1 Caso clínico n.º 1

Paciente femenino de 39 años, con iniciales DSAR, con tiempo de enfermedad de seis meses presenta dolor tipo cólico con intensidad moderada 7/10 en cuadrante superior derecho, desde hace un mes se asocia náuseas y vómitos en cada episodio con dolor intenso que aumenta al consumir comidas copiosas, niega sensación de alza térmica, se encuentra con hiporexia y polidipsia. Paciente niega antecedentes patológicos, tiene antecedente quirúrgico de cesárea (hace 9 años), reacción adversa medicamentosa niega.

Durante el examen físico, se encuentra que el paciente tiene signos vitales estables, PA: 110/70 mmHg, FC: 70 lpm, FR: 18 rpm y temperatura de 36.8 °C, SatO₂= 96% peso de 80 kg, mostrando un estado general, nutricional e hidratación aparentemente regulares. En cuanto a la piel, se observa que está tibia e hidratada, con un llenado capilar < 2", y sin presencia de edemas. En el examen del tórax y pulmones, el murmullo vesicular es normal en todas las áreas de auscultación pulmonar (Ambos campos pulmonares) y no se detectan ruidos anormales. Cardiovascularmente, se escuchan ruidos cardiacos rítmicos sin soplos.

Abdomen no distendido, Ruidos hidroaéreos (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación, Murphy (-). SNC despierto, Escala de Glasgow 15/15, no signos de focalización, resto del examen físico sin alteraciones.

Se solicitaron exámenes auxiliares la hemoglobina estuvo en 14.2 mg/dL, leucocitos 8300 / mm³, neutrófilo 47%, linfocitos 42%, plaquetas 265x10³/uL, úrea 21.4 mg/dL, creatinina 5.81mg/dL, glucosa 97.3 mg/dL, TP 15.3 seg. Orina amarilla, ligeramente turbio y nitritos positivos, RPR (-), prueba antigénica para COVID 19 (negativa). Se le realizó ecografía de abdomen completo, donde se visualiza vesícula biliar: 48x27mm, pared de 3mm, con presencia de cálculos, el mayor de 24mm. En síntesis, indica, Litiasis vesicular. Perfil hepático: BT:0.89mg/dL, GGT:17.2U/L, FA: 78.3U/L. El diagnóstico definitivo realizado durante hospitalización es Colecistitis crónica calculosa. Se decide pasar a paciente a SOP, se decide tratar quirúrgicamente con Colectomía laparoscópica (COLELAP), se procede a realizar incisión transumbilical más neumoperitoneo cerrado más trocar T1 más videolaparoscopia, colocación de trócares T2-T4 bajo visión directa según técnica Americana modificada, identificación de hallazgos ,identificación de elementos de triángulo de Calot,clipaje de arteria cística anterior y posterior,clipaje de conducto cístico, retiro de pieza operatoria por trocar 3 (T3) ,revisión de cavidad y control de hemostasia,retiro de trócares, cierre de puntos laparoscópicos . En hallazgos operatorios se encuentra vesícula biliar de 8x4cm, pared delgada, arteria cística anterior y posterior, conducto no dilatado, múltiples litos, siendo el mayor de 10 mm. Paciente tolera acto quirúrgico y pasa a recuperación.

El plan de trabajo postoperado es continuar analgésicos, deambulacion asistida, se dieron indicaciones del Postoperatorio inmediato: NPO por 8 horas y luego la tolerancia oral, NaCl 0.9% 1000 cc ev XLV gotas por minuto, metamizol 2 gramos ev cada 8horas, tramadol 50 mg ev si presenta dolor, omeprazol 40 mg ev cada 24 horas, Dimenhidrinato 50 mg ev si presenta vómitos o náuseas. En el postoperatorio inmediato se observa que paciente presenta dolor en la herida operatoria de intensidad 4/10 no irradiado que cesa con analgésicos, niega náuseas vómitos y sensación de alza térmica.

El paciente, ya completó su primer día postoperatorio, muestra estabilidad hemodinámica y respira de forma espontánea sin necesidad de soporte de oxígeno. Durante la evaluación, no presenta fiebre, tolera la alimentación oral y es capaz de caminar sin necesidad de asistencia. En cuanto al examen físico se encontró abdomen no distendido, ruidos hidroaéreos positivo, blando, depresible, levemente doloroso a la palpación en zona operatoria, no signos peritoneales. La herida operatoria incisión transumbilical, con puntos laparoscópicos bien afrontados, cubierta por apósito de gasa seca, no secreciones. Evolución quirúrgica favorable, por lo cual se le da alta médica con las siguientes indicaciones terapia médica nutricional, paracetamol 1 gramo cada 8 horas por 5 días, simeticona 80 mg cada 8 horas x 3 días, control por consultorio externo de cirugía general en 7 días.

1.1.1.2 Caso clínico n.º 02

Paciente femenino de 40 años, con iniciales EIQA, con un tiempo de enfermedad de treinta y cinco años, refiere que desde la niñez presenta masa en región inguinal izquierdo, la cual protruye al esfuerzo, se reduce manualmente, le genera dolor y molestias al realizar sus actividades diarias, refiere que a finales de la niñez dicha masa ya no le generaba dolor y que desaparecía. Hace un año, refiere que las molestias retornan, por lo que acude a consultorio para cirugía programada; niega náuseas, niega vómitos. Paciente con antecedente quirúrgico :3 cesáreas (2002, 2005, 2015) por estrechez pélvica, antecedentes patológicos niega, reacción adversa medicamentosa niega.

Al examen físico, sus funciones vitales son estables, PA: 110/70 mmHg, FC: 68 lpm, FR: 20 rpm y temperatura de 36.9 °C, SatO₂:98%, en aparente regular estado nutricional, en aparente regular estado de hidratación. La piel y faneras tibia, elástica e hidratada, el llenado capilar < 2". En tórax y pulmones el murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. A nivel cardiovascular ruidos cardíacos rítmicos, buena intensidad, no soplos. En abdomen no distendido, Ruidos hidroaéreos (+), depresible y blando, no doloroso a la palpación, no reacción peritoneal, se evidencia cicatricial

incisional en región suprapúbica transversa. En región inguinal izquierda, se palpa masa +/- 2x1 cm, blando, no doloroso. SNC despierta se encuentra lúcida orientada en tiempo espacio y persona (LOTEP), con Escala de Glasgow 15/15.

Se solicitaron exámenes auxiliares la hemoglobina estuvo en 12.7 mg/dL, PCR estuvo en 1.04 mg/dL, glucosa 94.4 mg/dL, creatinina 0.58 mg/dL, úrea 22.9 mg/dL, leucocitos 14.30/ mm³, neutrófilos segmentados 71.1%, neutrófilos 10.17/mm³, en el examen de orina con un pH 5, con una sedimentación de células epiteliales escasas, leucocitos escasos, hematíes escasos, gérmenes escasos. Se le realizó ecografía de partes blandas donde se informa signos sugestivos de eventración hipogástrica izquierda parcialmente incarcerada, con hernia inguinal izquierda no incarcerada. Se le realizó TEM abdomen con contraste, donde indica Hernia Inguinal Indirecta Izquierda. El diagnóstico definitivo realizado durante la hospitalización es Hernia inguinal izquierda (Nyhus IIIA). Se decide tratar quirúrgicamente con Hernioplastia inguinal izquierda, se procede a realizar incisión transversa en región inguinal izquierda más disección por planos hasta identificación de hallazgos, reducción de saco herniario más reforzamiento de pared posterior con vicryl "3", colocación de malla de polipropileno según técnica de Lichtenstein, fijado con nylon 1/0, control y revisión de hemostasia, cierre por planos hasta piel, paciente tolera acto quirúrgico y pasa a recuperación. En hallazgos operatorios se encuentra saco herniario 3x2cm, que protruye por pared posterior, con defecto herniario.

El plan de trabajo postoperado es continuar con antibioticoterapia, continuar analgésicos, deambulacion asistida. El tratamiento en hospitalización es NPO, luego tolerancia oral en 8 horas, NaCl 0.9% 1000cc ev XLV gotas por minuto, Cefazolina 1gr ev cada 8horas, metamizol 2 gr ev cada 8 horas, tramadol 50mg condicional a dolor intenso, omeprazol 40 mg ev cada 24 horas, uso de calzón faja, control de funciones vitales.

Paciente que completó su primer día postoperatorio cursa hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente sin apoyo

oxigenatorio, curso afebril, tolerancia vía oral, deambulando sin apoyo. En cuanto al examen físico se encontró abdomen no distendido, ruidos hidroaéreos positivo, blando, depresible, levemente doloroso en fosa iliaca izquierda, no signos peritoneales. La herida operatoria incisión transversa en región inguinal izquierda de bordes afrontados, con escasa secreción serohemática, no signos de flogosis. Evolución quirúrgica favorable, al alta médica se le indica, terapia médica nutricional, Paracetamol 500mg VO cada 8 horas por 5 días, control por consultorio externo de cirugía general por 7 días.

1.1.2 Rotación en Pediatría

1.1.2.1 Caso clínico n. °01

Paciente masculino lactante de 2 meses, con iniciales AAEL, con un tiempo de enfermedad de cuatro días, forma de inicio insidioso y curso progresivo, madre refiere que, desde hace cuatro días, el menor cursa con deposiciones líquidas, con moco sin sangre 6 veces por día, lactancia conservada, niega vómitos, niega sensación de alza térmica. Antecedentes patológicos niega, antecedentes familiares niegan, padre y madre sanos. Con examen clínico saturación 99%, temperatura 37.5°C, FR 39 respiraciones por minuto, FC 115 latidos por minuto, peso 6kg. Funciones biológicas se encuentra con apetito conservado, diuresis conservada, deposiciones aumentadas y líquidas, sueño conservado. Medicación habitual niega.

Al examen físico, sus funciones vitales son estables, FC: 115 lpm, FR: 39 rpm y temperatura de 37.5 °C, SatO2:99%, peso: 6 kg, piel y faneras llenado capilar < 2 segundos, mucosas hidratadas, signo de pliegue (-). En el examen del tórax y pulmones, se observa que el murmullo vesicular es normal en todas las áreas de auscultación pulmonar (Ambos campos pulmonares) y no se identifican ruidos adicionales. Desde el punto de vista cardiovascular, se perciben ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, sin soplos audibles. El abdomen está levemente distendido, con ruidos hidroaéreos (RHA) presentes e incrementados en intensidad, sin dolor a la palpación y sin signos

de visceromegalia. El sistema nervioso central (SNC) está alerta y responde a estímulos.

La prueba de reacción inflamatoria resultó de heces color amarillo, consistencia líquida, moco 2+, sangre no se observa, hematíes 0-2 por campo, leucocitos 18-20 por campo, polimorfonuclear 80%, mononuclear 20%.

Con impresión diagnóstica Diarrea Aguda Infecciosa, en el plan de trabajo se decide hospitalizar al paciente y continuar con su antibioticoterapia el cual consiste en lactancia materna supervisada, vía salinizada, amikacina 90mg ev cada 24 horas, paracetamol 100 mg /ml (15 gotas) PRN a T38 °C, medios físicos y control de funciones vitales. Pendiente resultado de hemograma, PCR, coprocultivo.

Se solicitaron exámenes auxiliares leucocitos 11.30/ mm³, hemoglobina 8 g/dL, hematocrito 25.7%, linfocitos 69.7%, PCR 0.04 mg/dL, además presenta hipocromía 2+. La prueba de Coprocultivo en células epiteliales no aplica, leucocitos 2-4 x campo, hematíes 0-2 x campo, gérmenes no aplica, no se observa parásitos, Gram flora bacteriana mixta, con un resultado negativo (-) a *Salmonella sp*, *Shigella sp*, heces color amarillo, consistencia semilíquida. En el segundo día madre de paciente refiere que su menor hijo presenta mejoría clínica respecto al día anterior, refiere dos deposiciones de consistencia blanda con presencia de moco, sin sangre, niega vómitos, niega sensación de alza térmica. Continúa con cobertura antibiótica de amikacina en su segundo día.

En el tercer día madre refiere que su menor hijo presenta mejoría clínica respecto al día anterior, niega sensación de alza térmica, niega vómitos, tolera vía oral, niega rechazo de lactancia, deposiciones dos veces de consistencia semisólida, el paciente masculino de dos meses presenta el diagnóstico de Diarrea infecciosa en tratamiento, con cobertura antibiótica de amikacina en su tercer día.

En el cuarto día de hospitalización la madre refiere que su menor hijo presenta mejoría clínica respecto al primer día de hospitalización, niega sensación de alza térmica, niega vómitos, refiere tolerancia oral, no deposiciones líquidas. Continúa con antibioticoterapia e inicio de probiótico.

En el quinto día madre refiere mejoría clínica, respecto del día anterior, niega sensación de alza térmica, niega vómitos, refiere tolerancia oral, niega rechazo de lactancia, no deposiciones líquidas en 24 horas.

Al examen físico aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación, aparente regular estado nutricional.

Piel y faneras tibia, hidratada y elástica, llenado capilar < 2", no palidez, mucosa oral bien hidratada. En tórax y pulmones murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales. En cardiovasculares ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles. En abdomen levemente distendido, ruidos hidroaéreos positivos, no impresiona dolor a la palpación. En sistema nervioso central despierto, reactivo a estímulos.

Paciente masculino de dos meses con el diagnóstico de Diarrea aguda infecciosa en remisión.

Paciente hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio, cursa afebril al momento de la evolución, tolerancia vía oral, con cobertura antibiótica de amikacina en su 5to día efectivo, en el coprocultivo se observó flora bacteriana mixta, no se evidenció resistencia en el Antibiograma, se le indica lactancia materna a libre demanda, vía salinizada, Amikacina 90 mg EV cada 24 horas (15 mg/kg/día) ,Paracetamol 100mg/ml (24 gotas)PRN a temperatura mayor de 38°C,Biogaia 5 gotas vía oral cada 24 horas, Simeticona 80 mg (12 gotas) PRN, control de funciones vitales, al alta médica se le indica , biogaia 5 gotas VO cada 24 horas por 20 días, paracetamol 100mg/ml 24 gotas condicional a temperatura mayor a 38°C.

1.1.2.2 Caso clínico n.º 2

Paciente masculino de 4 años, con iniciales JMGA, con tiempo de enfermedad de seis días, forma de inicio insidioso y curso progresivo. Hace seis días cursa con tos productiva, padre refiere que la tos no era muy frecuente, no le medica con nada, 3 días antes del ingreso la tos se torna más exigente, 1 día antes de su ingreso cursa con sensación de alza térmica no cuantificada por lo que le administran Paracetamol, presentó agitación y 2 episodios de vómitos de contenido alimentario de regular intensidad, por lo que lo lleva a centro de salud y lo refieren al hospital , llega saturando 88% por lo que pasa a trauma

shock , su distrés respiratorio mejoró saturando con CBN a ½ litro 96% por lo que se decide su pase a hospitalización.

Antecedentes posnatales producto de parto vaginal, peso al nacer no recuerda la madre. Antecedentes patológicos nebulizaciones sí, hospitalizaciones sí, inhalaciones sí, reacción adversa medicamentosa niega, inmunizaciones incompletas. Antecedentes familiares madre aparentemente sana, padre con antecedente de asma, abuelo paterno asmático. Antecedente epidemiológico COVID 19 niega, TBC niega, Dengue niega.

Al examen físico sus funciones vitales:FC: 124 lpm, FR: 27 rpm y temperatura: 36.5 °C, SatO2:98%, peso: 13.7 kg en aparente regular estado general, en aparente regular estado nutricional, en aparente regular estado de hidratación, piel tibia e hidratada; llenado capilar < 2", no cianosis. En tórax y pulmones, el murmullo vesicular pasa disminuido en bases, escasos sibilantes, se evidencia tiraje intercostal. A nivel cardiovascular ruidos cardiacos rítmicos incrementados. En abdomen no distendido, Ruidos hidroaéreos (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación. Sistema nervioso central despierto, reactivo a estímulo.

Se solicitaron exámenes auxiliares, la hemoglobina se encontraba en 11.4 mg/dL, leucocitos 13.50/ mm³, linfocitos 12.7%, neutrófilos segmentados 80.2%, PCR 0.13 mg/dL. En la Radiografía se evidenció ocho espacios intercostales, aumento de la trama bronquial. Impresión diagnostica fueron Síndrome bronquial obstructivo, Anemia leve, en el plan de trabajo pasa a hospitalización con tratamiento de dieta blanda , dextrosa 5%1000 cc ,NaCl 20% 40cc KCl 20% 10cc (25cc/ hora), metilprednisolona 14 mg ev cada 12 horas, nebulización con salbutamol 5mg/ml , 8 gotas más 4.5cc cada 2 horas, metamizol 350mg ev condicional a temperatura mayor a 38°C más medios físicos, oxígeno suplementario para mantener saturación mayor a 94% y / o distrés respiratorio, posición semisentada, control de funciones vitales.

En su segundo día de hospitalización, madre de paciente refiere menor dificultad respiratoria con respecto a días anteriores, niega tos, niega congestión nasal, niega sensación de alza térmica, niega náuseas, niega vómitos, con buena tolerancia oral, diuresis (+), deposiciones (+).

Al examen físico aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación, aparente regular estado nutricional. Piel y faneras tibias, hidratada y elástica, llenado capilar < 2", no cianosis. Tórax y pulmones, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, sibilantes escasos.

A nivel cardiovascular ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles. En abdomen no distendido, ruidos hidroaéreos positivos, blando, depresible, no doloroso a la palpación. En sistema nervioso central despierto, reactivo a estímulos.

Paciente varón de cuatro años con los siguientes diagnósticos como Crisis asmática leve, Atelectasia basal derecha, Anemia leve, Neumonía atípica

Se decide implementar dieta completa hipoalergénica más LAV, vía salinizada, Metilprednisolona 14mg EV cada 12 horas, Azitromicina 200mg/5ml (3.5ml) VO cada 24 horas, Metamizol 350 mg EV condicional a temperatura mayor 38°C más medios físicos, NBZ con Salbutamol 5mg/ml (2mg , 8 gotas) cada 2 horas, Furoato de Fluticasona 2 puff cada 12 horas en cada fosa nasal, budesonida 200 mcg 1 puff cada 12 horas con aerocámara , Oxígeno suplementario para mantener SatO₂ >94% y/o esfuerzo respiratorio , posición semisentada , control de funciones vitales más observación de signos de alarma .

Paciente se encuentra hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio, saturando 99% en 24 horas, afebril al momento de la evolución y tolerancia oral buena, con una evolución favorable, con indicación de alta médica con Prednisolona 15mg /5ml (5ml) vo cada 24 horas por 2 días, Azitromicina 200mg/5ml (3.5ml) vo cada 24 horas por 3 días ;Budesonida 1 puff cada 12 horas por 2 meses; Salbutamol 100mcg 2 puff cada 3 horas por 2 días, 2 puff cada 4 horas por 3 días ,2 puff cada 6 horas por 3 días.

1.1.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia

1.1.3.1 Caso clínico n. °01

Paciente femenino de 22 años, con iniciales CVLR, acude a emergencia, refiere contracciones uterinas cada diez minutos, percibe movimientos fetales, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico. Paciente niega antecedentes patológicos, niega antecedentes quirúrgicos, niega reacción adversa medicamentosa. Paciente con antecedente obstétrico G2P0010, con antecedente gineco-obstétricos de un aborto.

Durante el examen físico, se observa que las funciones vitales están estables, PA: 110/60 mmHg, FC: 98 lpm, FR: 20 rpm y temperatura de 36.8 °C, peso:79.8 kg, con un estado general, nutricional y de hidratación aparentemente regular. La piel y faneras están cálidas e hidratadas, y el tiempo de llenado capilar es inferior a dos segundos. En cuanto al tórax y los pulmones, se escucha un murmullo vesicular normal y no se detectan ruidos adicionales durante la auscultación. En el sistema cardiovascular, se perciben ritmos cardíacos regulares sin la presencia de soplos audibles. En la región abdominal, se encuentra blando con ruidos hidroaéreos positivos y sin dolor a la palpación. En relación al sistema nervioso central, el paciente se encuentra despierto y orientado en tiempo, espacio y persona, con una puntuación de 15/15 en la escala de Glasgow.

En el examen obstétrico, se describe abdomen contenido de feto único, presenta altura uterina de 34cm, latidos cardiacos fetales 152 por minuto, movimientos fetales presentes y dinámica uterina evidente.

Leopold se describe feto único en: situación longitudinal, presentación en podálica, posición en derecha.

Tacto vaginal, cérvix blando central, permeable un dedo, con incorporación del 80 %, membranas ovulares integras y pelvis ginecoide, altura de presentación bitrocantérico menos 4.

Se han requerido pruebas complementarias, entre las cuales se realizó un análisis de hemoglobina y los resultados mostraron Hb 11.60 mg/dL,

hematocrito 30.3%, leucocitos 10.40/ mm³, recuento de plaquetas en 195, neutrófilos segmentados 70.2%, en glucosa 79.3 mg/dL, creatinina 0.72 mg/dL, úrea 18.2 mg/dL, según la bioquímica sanguínea la glucosa basal dosaje 83.60 mg/dL. Al evidenciarse dinámica uterina efectiva al examen gineco obstétrico se procede a programar a cesárea de emergencia con los diagnósticos definitivos realizados durante la hospitalización los cuales son gestante de 38 semanas por ecografía de primer trimestre, pródromos de labor de parto, feto podálico. Se decide tratar quirúrgicamente con cesárea segmentaria transversa primaria, se procede a realizar asepsia y antisepsia, paciente en decúbito dorsal, cateterismo vesical colocación de campos estériles ,incisión tipo Pfannenstiel , disección por planos hasta cavidad, histerotomía segmentaria transversa, extracción del recién nacido en podálico nalgas, extracción de placenta más escobillonaje ,histerorrafia en 3 planos, control de hemostasia ,sutura por planos(peritoneo,muscular,aponeurosis) , sutura de piel asepsia más antisepsia final , en hallazgos operatorios se encuentra útero grávido de superficie regular, con recién nacido vivo pesando 3890 gramos, APGAR 8-9 al minuto, de sexo masculino, placenta fúndica +/- 500gr, líquido amniótico claro de adecuada cantidad. Paciente tolera acto quirúrgico y pasa a recuperación.

El plan de trabajo postoperado es continuar con antibioticoterapia, continuar analgésicos, progresar a dieta líquida amplia, deambulaci3n asistida. En el posoperatorio inmediato se indica NPO por 6 horas luego dieta completa más LAV, NaCl 0.9% 1000 ml, oxitocina 30 unidades 30 gotas por minuto, Cefazolina 1gr EV cada 8 horas, Ketoprofeno 100mg EV cada 8 horas, Tramadol 100mg SC condicional a dolor intenso, Ranitidina 50 mg cada 8 horas 2 dosis, Metoclopramida 10 mg EV cada 8 horas 2 dosis, Misoprostol 800 mg (Intrasop), lactancia materna exclusiva, deambulaci3n, control de funciones vitales más observaci3n de signos de alarma. En su primer día de hospitalizaci3n paciente refiere presentar dolor en zona operatoria, niega nauseas, niega v3mitos, niega sensaci3n de alza térmica.

En su segundo día de hospitalizaci3n paciente refiere presentar mejoría clínica, disminuyendo el dolor en zona operatoria, niega náuseas, niega v3mitos, niega sensaci3n de alza térmica. Al examen físico piel y faneras tibia,

hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos. En cuanto a la mama es blanda, no dolorosa a la palpación, secreción de calostro. En abdomen ruidos hidroaéreos positivos, blando, depresible, levemente doloroso, útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical. En tacto vaginal, loquios hemáticos sin mal olor, orificio cervical entreabierto, útero anteversoflexión +/-14 cm. En herida operatoria incisión suprapúbica con puntos subdérmicos bien afrontados. En sistema nervioso central despierto, lúcido, orientado en tiempo y persona, escala de Glasgow 15/15.

Paciente postoperado en su segundo día de hospitalización cursa hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio, afebril al momento de la evaluación, útero involucionado, con evolución favorable. Se decide dar alta médica con indicaciones, se explican signos y síntomas de alarma, Ketoprofeno 100mg VO cada 8 horas por 5 días, sulfato ferroso de 300 mg VO cada 12 por 30 días, lactancia materna exclusiva, deambulación, control por consultorio externo de ginecología en 7 días.

1.1.3.2 Caso clínico n.º 2

Paciente femenino de 44 años, con iniciales MMMH, con un tiempo de enfermedad de tres años, la forma de inicio fue insidioso, de curso progresivo, presentó sangrado vaginal y dolor pélvico, acude para programar cirugía electiva, Histerectomía Abdominal Total (HAT). Paciente con antecedentes obstétricos G6P3033, antecedentes patológicos niega, antecedentes quirúrgicos niega, reacción adversa medicamentosa niega.

Durante la evaluación física, se observa que las funciones vitales del paciente se mantienen estables, PA: 110/70 mmHg, FC: 78 lpm, FR: 17 rpm y temperatura de 36.3 °C, SatO2:99% y su estado general, nutricional y de hidratación aparentemente son regulares. La piel y faneras se perciben tibios, elásticos e hidratados, con un tiempo de llenado capilar inferior a 2 segundos. En cuanto al examen del tórax y los pulmones, se registra un murmullo vesicular normal sin la presencia de ruidos adicionales. En el ámbito cardiovascular, se auscultan ruidos cardíacos regulares y de buena

intensidad, sin detectarse soplos audibles. El abdomen depresible y blando, Ruidos hidroaéreos (+), no signos peritoneales, no doloroso a la palpación. SNC despierta, LOPEP, Glasgow 15/15. En tacto vaginal cérvix blando posterior, orificios cerrados, no doloroso a la movilización de anexos.

Se solicitaron exámenes de laboratorio, la hemoglobina está en 14.3 mg/dL, leucocitos 6.70/ mm³, recuento de plaquetas 225000, neutrófilos segmentados 60.5%, glucosa 95.8, creatinina 0.64 mg/dl, úrea 25.3 mg/dl. Se le realiza examen de orina completo que resulta color amarillo, aspecto transparente, densidad 1.020, pH 6, en el examen microscópico (sedimento) células epiteliales escasas, leucocitos 0-2 por campo, hematíes 0-2 por campo, gérmenes escasos , así como también se le realiza prueba de urocultivo, donde se encuentra leucocitos 1-3 por campo, hematíes 0-2 por campo, bacterias escasos , dando un resultado negativo .En la ecografía transvaginal a nivel de cara anterior se evidencia mioma tipo 3 de 62x48mm y en cara posterior de 35x21mm, en conclusión Miomatosis uterina intramural, figo tipo 3, siendo el diagnóstico definitivo. Se decide tratar quirúrgicamente con Histerectomía abdominal total, paciente pasa a SOP, se procede a realizar incisión transversa suprapúbica, disección por planos hasta cavidad, identificación de hallazgos, extracción de pieza quirúrgica, rafia y fijación de cúpula vaginal, revisión de hemostasia, cierre de pared por planos hasta piel, en hallazgos operatorios se encuentra útero de 15cm con evidencia de mioma en cara anterior de 8x5cm.Paciente tolera acto quirúrgico y pasa a recuperación.

El plan de trabajo post operado es continuar con antibioticoterapia, continuar analgésicos, progresar a dieta líquida amplia, deambulacion asistida.

El tratamiento en hospitalización es NPO por 6 horas, luego tolerancia oral, NaCl 0.9%1000cc ev 30 gotas por minuto, Ceftriaxona 2gr ev cada 24horas, Clindamicina 900mg ev cada 8 horas, Amikacina 1g ev cada 24 horas, Ketoprofeno 100g ev cada 8 horas, Metoclopramida 10 mg ev cada 8 horas, Ranitidina 50mg ev cada 8 horas, Tramadol 100mg sc condicional a dolor intenso, Ácido tranexámico 1 gramo ev cada 8 horas 3 dosis, sonda Foley

permeable más control de la diuresis, control de funciones vitales más observación de signos de alarma.

En el primer día de hospitalización paciente refiere leve dolor en zona operatoria de intensidad 4/10, que cede con analgésicos, niega cefalea, niega náuseas, niega sensación de alza térmica.

En el segundo día de hospitalización paciente refiere leve dolor en zona operatoria de intensidad 2/10, niega náuseas, niega vómitos, niega sensación de alza térmica. Al examen físico aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado nutricional. En piel y faneras tibia, elástica e hidratada, llenado capilar <2". En mamas blandas, no dolorosas. En abdomen ruidos hidroaéreos positivos, blando, depresible, leve dolor a la palpación en sitio operatorio. En herida operatoria puntos de sutura bien afrontados, sin signos de flogosis. En tacto vaginal se palpa cúpula vaginal con puntos bien afrontados, escaso sangrado vaginal sin mal olor. En sistema nervioso central, despierta, lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow 15/15.

Paciente postoperado en su segundo día de hospitalización cursa hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente, afebril al momento de la evaluación, con tratamiento antibiótico con ceftriaxona, clindamicina y amikacina. Se decide dar alta médica con indicaciones ketoprofeno 100mg vo cada 8 horas por 3 días, control por consultorio de ginecología en 7 días, se explican signos y síntomas de alarma.

1.1.4 Rotación en Medicina Interna

1.1.4.1 Caso clínico n.º 1

Paciente masculino de 22 años, con iniciales MBC, con tiempo de enfermedad de dos días, forma de inicio insidioso, curso progresivo, el paciente refiere que hace dos días presentó vómitos en cuatro oportunidades, posprandiales, asociado a diarrea líquida, sin moco, sin sangre, aproximadamente 6 cámaras, después del consumo de carne de chanco y res, el día del ingreso se agrega cefalea, mareos motivo por el cual acude a emergencia, reportando Hemoglucotest 410mg/dL. Antecedentes patológicos Diabetes *Mellitus* (2

años), antecedentes quirúrgicos niega, reacción adversa medicamentosa niega.

Durante el examen físico, se observa que las funciones vitales del paciente se encuentran estables, PA: 100/70 mmHg, FC: 86 lpm, FR: 20 rpm y temperatura de 36.8 °C, SatO₂:97%, peso: 54 kg y su estado general, nutricional y de hidratación parecen ser regulares. La piel y faneras se perciben tibios, elásticos e hidratados, mucosas orales secas con un tiempo de llenado capilar inferior a 2 segundos, sin evidencia de cianosis ni ictericia, aunque se observa palidez leve a moderada. En cuanto al examen del tórax y los pulmones, se registra un murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares y no se detectan ruidos adicionales. En el sistema cardiovascular, se auscultan ruidos cardíacos taquicárdicos sin la presencia de soplos audibles. En la evaluación del abdomen, se encuentra blando, depresible, con sonidos intestinales aumentados y no se reporta dolor a la palpación. En el sistema nervioso central, el paciente se encuentra despierto, reactivo a estímulos y con un nivel de conciencia orientado en tiempo, espacio y persona.

Se han requerido pruebas complementarias, la hemoglobina está en 15.8 mg/dL, leucocitosis 11500, neutrófilos segmentados 87.2 %, glucosa 460, creatinina 0.92, úrea 46.9 mg/dl, PCR 1.08, según Aga y electrolitos se encuentra pH 7.13, PCO₂: 7.6, PO₂: 133, K: 4, HCO₃: 7.2, potasio corregido:2.2 En el examen completo de orina, color amarillo, aspecto ligeramente turbio, la densidad 1.025, pH 5, en el examen microscópico (sedimento) células epiteliales escasas, leucocito 0-1 por campo, hematíes 0-1 por campo, gérmenes escasos, cristales oxalato de calcio (+). Examen de reacción inflamatoria negativo. Los diagnósticos definitivos Diabetes *Mellitus* con complicaciones agudas, cetoacidosis diabética leve, trastorno hidroelectrolítico, hipocalcemia moderada, gastroenterocolitis, se indica nada por vía oral, 2 retos de potasio, NaCl 0.9% 1000cc más KCL 20% 1 ampolla infusión 2 frasco a chorro luego NaCl 0.9% 1000cc a 250 cc hora, insulina R 100 UI más NaCl 0.9%100 cc infusión de 5cc hora, HGT en cada hora.

Luego de 4 horas se reevalúa a paciente con HGT resulta 217mg/dL, AGA y electrolitos pH 7.35, PCO₂: 30, PO₂: 108, K: 3.2, HCO₃: 18, donde se concluye Diabetes con complicaciones agudas, Cetoacidosis resuelta, gastroenterocolitis en resolución. Paciente con evolución favorable, con criterios de resolución de Diabetes *Mellitus*, se decide implementar tolerancia oral, si tolera progresar dieta blanda más LAV, NaCl 0.9% x1000cc y KCl 20% 1 ampolla, también insulina NPH 10 UI STAT, luego 6UI 30 min antes de la cena, además insulina R según escala de corrección indicada, HGT cada 4 horas, control de funciones vitales.

Pasa a hospitalización, paciente hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente, sin apoyo oxigenatorio, afebril al momento de la evaluación, con una evolución favorable, se indica inicio de dieta blanda más LAV, NaCl 0.9% 1000 cc, KCl 20% 1 ampolla (I), (II) y (III), ranitidina 50 mg ev cada 8 horas, Insulina NPH 10 UI STAT Y 6 UI antes de la cena, hemoglucotest cada 8 horas, control de funciones vitales más balance hídrico, paciente con buen control glicémico por lo que se indica el alta y control por consultorio externo de endocrinología.

1.1.4.2 Caso clínico n.º 2

Paciente femenino de 89 años, con iniciales ACR, con tiempo de enfermedad más de una semana, episodio actual hace dos horas, forma de inicio insidioso, curso progresivo, paciente es traída por un familiar, quien refiere que presenta dolor abdominal en hemiabdomen inferior, no irradiado, de moderada intensidad, según la escala de escala visual analógica (EVA) 7/10, asociado a disuria y polaquiuria, hace un día se agrega sensación de alza térmica no cuantificada, motivo por el cual es ingresada por el servicio de emergencia, El examen clínico P.A 155/79mmHg, FC 103 latidos por minuto, temperatura 38°C. Paciente con antecedente patológico de hipertensión arterial (con tratamiento irregular), Incontinencia Urinaria; antecedentes quirúrgicos Apendicectomía, Colectomía; reacción adversa medicamentosa niega.

Al examen físico paciente con funciones vitales inestables PA: 155/79 mmHg, FC: 103 lpm, FR: 18 rpm y temperatura de 38 °C, SatO₂:95%, en aparente

regular estado general, en aparente regular estado nutricional, en aparente regular estado de hidratación. Piel y faneras; caliente, elástica y diaforética; llenado capilar < 2", no cianosis. En tórax y pulmones, el murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. A nivel cardiovascular ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles. Abdomen globuloso, ruidos hidroaéreos positivos, dolor a la palpación profunda en hipogastrio, presencia de múltiples cicatrices de heridas postoperatorias. Puño percusión bilateral negativo, SNC despierto, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15.

Se han requerido pruebas complementarias, la hemoglobina está en 10.0g/dL, leucocitos $10.50 \times 10^3/\mu\text{L}$, PCR 5.35 mg/dL, creatinina 0.76mg/dl, úrea 28.9 mg/dl, Hormona estimulante de tiroides (TSH) 7.59, Hormona Tiroxina Libre (T4 libre) 1.23mg/dl. El examen de orina se encuentra color amarillo, aspecto turbio, densidad 1.025, pH 6, sangre 2+, en el examen microscópico (sedimento) células epiteliales escasas, leucocitos más de 100 por campo, hematíes 8-10 por campo, gérmenes 3+. Solicitándose con dichos resultados urocultivo e inicio de antibioterapia empírica.

Los diagnósticos definitivos síndrome febril, ITU complicada, HTA no controlada, adulto mayor frágil, el plan de trabajo es hospitalizarla. Se decide implementar dieta blanda severa más LAV, NaCl 0.9% 1000cc, Ceftriaxona 2gr ev cada 24 horas, hioscina 20mg ev cada 8 horas, Flavoxato 200g vo cada 12 horas, Metamizol 1gr ev condicional a $T > 38.3^\circ\text{C}$, Losartán 50 mg vo cada 12 horas, Captopril 25 mg vo condicional a $\text{PA} > 140/90\text{mmHg}$, Enema evacuante, Lactulosa vo cada 8 horas.

Paciente en su tercer día de hospitalización colabora con el interrogatorio, niega náuseas, niega vómitos, niega sensación de alza térmica.

Hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio, presenta picos de hipertensión de 160/80mmHg. Con una evolución favorable, seguimiento de urocultivo, y perfil tiroideo, con las siguientes indicaciones dieta blanda más LAV, NaCl 0.9% 1000 cc XV gotas

por minuto, ceftriaxona 2 g ev cada 24 horas, hioscina 20 mg ev cada 8 horas, levotiroxina 50 mg vo cada 24 horas, metamizol 1 gr PRN a T>38.3°C, losartan 50mg vo cada 12 horas, agregándose amlodipino 5mg para optimizar control antihipertensivo, captopril 25 mg condicional a PA >140/90mmHg, control de funciones vitales, por lo cual se continua con antibiótico hasta el alta. Se recibe urocultivo positivo E. coli sensible, indicándose alta al completar 7 días de tratamiento endovenoso.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

2.1 Sistema de salud peruano

El sistema de salud de Perú es complejo y está compuesto por varios sectores, tanto públicos como privados.

-Sector público: Siendo el más extenso, está compuesto principalmente por el Ministerio de Salud (Minsa), el cual brinda servicios de salud a una gran parte de la población, especialmente a aquellos que no cuentan con seguro social. El Minsa administra una extensa red de establecimientos sanitarios que abarcan hospitales, clínicas y centros de salud a lo largo del país.

-Seguro Social de Salud (EsSalud): EsSalud es una entidad pública que proporciona servicios de salud a los trabajadores formales y sus familias. Se financia principalmente a través de contribuciones laborales y gestiona sus propios hospitales, clínicas y centros médicos.

-Fuerzas Armadas y Policía Nacional: Estas instituciones tienen sus propios sistemas de salud para atender a sus miembros y a sus familias. Cuentan con hospitales y centros de atención especializados.

-Sector Privado: Incluye una variedad de clínicas y hospitales privados que ofrecen servicios de salud. Este sector es utilizado principalmente por personas que tienen seguros de salud privados o que pueden pagar por servicios de salud fuera de bolsillo.

-Seguro Integral de Salud (SIS): Es un programa del gobierno destinado a proporcionar cobertura de salud a los peruanos que no tienen seguro social, en especial a los más pobres y vulnerables. El SIS cubre los medicamentos, procedimientos, operaciones, insumos, bonos de sepelio y traslados de emergencia en establecimientos del MINSA⁽²⁾.

2.2 Minsa

El Ministerio de Salud administra y organiza el Sistema Integral de Salud (SIS) para sus beneficiarios, brindando una gama de servicios que van desde consultas médicas hasta suministros de medicamentos, procedimientos y la mayoría de los insumos médicos necesarios. Sin embargo, debido a limitaciones de recursos en la institución, a menudo no se puede garantizar una atención adecuada para todos los asegurados. Como entidad rectora del Sector Salud, ejerce la dirección, regulación y promoción de la intervención del Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de lograr el desarrollo integral de la persona.

El Ministerio de Salud (MINSA) ostenta la mayor oferta de establecimientos sanitarios, seguido por el sector privado y posteriormente por ESSALUD en esa secuencia. Los establecimientos pertenecientes al Ministerio de Salud tienen una amplia penetración en todo el país. Específicamente, el MINSA es la institución con el mayor número de establecimientos y una presencia nacional destacada, cubriendo el 92 % del total de hospitales, el 69 % de los centros de salud y el 99% de los puestos de salud.

Se han propuesto tres estrategias principales para alcanzar los objetivos en el sector de la salud: el Aseguramiento Universal en Salud (AUS), la Descentralización en Salud y el Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención.

Estas estrategias se centran en dos ejes principales: fortalecer la rectoría del sector y cambiar el modelo de atención (MAIS BFC).

La estrategia que ha experimentado un mayor desarrollo en los últimos años es el Aseguramiento Universal en Salud, que comenzó a implementarse en 2009 con la promulgación de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (Ley N.º 29344). La estrategia de descentralización se inició en 2003, y para fines de 2010, el MINSA completó la transferencia de 16 funciones sectoriales, que incluían 125 facultades, a 25 gobiernos regionales (establecidos desde 2003). Desde entonces, los gobiernos regionales y locales son responsables de liderar las políticas de salud en consonancia con las políticas nacionales, lo que implica la gestión de la Atención Primaria en Salud (APS) dentro del marco de los Planes de Desarrollo Concertado ⁽³⁾.

2.3 Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz (HCLLH) ostenta la categoría de hospital de Mediana Complejidad (Nivel II-2) según la Resolución Directoral n.º134-DG-DESP-DISA III-LN-2005. Según esta clasificación, el hospital cumple con la función de satisfacer las necesidades de salud de la población dentro de su área de influencia, proporcionando una amplia gama de servicios que incluyen atención ambulatoria y especializada, con un enfoque particular en la recuperación y rehabilitación de los problemas de salud de la comunidad.

El Hospital de la Comunidad de Lima Norte (HCLLH) está ubicado en el Kilómetro 31 de la Panamericana Norte, específicamente en la avenida Sáenz Peña cuadra 6 S/N, en el Distrito de Puente Piedra. Este hospital funciona como centro de referencia para los Establecimientos de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, teniendo jurisdicción sanitaria sobre los Distritos de Santa Rosa, Puente Piedra y Ancón, y parte de los Distritos de Ventanilla y Carabaylo. La misión del hospital se enfoca en proporcionar servicios de salud básicos y especializados con calidad e inclusión social, adoptando un enfoque integral centrado en la persona, la familia y la comunidad. Este enfoque abarca aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación para la población asignada. La visión del HCLLH es convertirse

en un hospital que satisfaga las necesidades de atención integral de salud, respetando en todo momento los derechos de las personas.

El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz cuenta con aproximadamente mil 200 trabajadores, que abarcan tanto personal asistencial como administrativo. Los valores fundamentales de esta institución se centran en la lealtad, que implica un compromiso con los valores institucionales, principios éticos y las necesidades de atención de los pacientes. La solidaridad también es un pilar fundamental, fomentando la idea de pensar en los demás como en uno mismo, reconociendo el deber de ayudar al prójimo y el derecho de recibir asistencia de nuestros semejantes, no solo en situaciones de desastre y emergencia. La responsabilidad es otro valor clave, garantizando que las funciones y tareas asignadas se lleven a cabo con integridad y un sentido de propósito.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

En este capítulo, se establecerá una correlación entre los casos clínicos mencionados y la base teórica respaldada por evidencia científica, manteniendo el orden en el cual fueron presentados. Esto permitirá analizar cada caso a la luz de los conocimientos científicos actuales y entender mejor su diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

3.1 Cirugía General

3.1.1 Colecistitis crónica

En el caso 1 que trata de una paciente de 39 años que refiere dolor tipo cólico acompañado de náuseas y vómitos con signos vitales estables se observó que en los exámenes auxiliares la Hemoglobina se encontraba bien, la orina patológica ligeramente turbios y nitritos positivos, por la clínica se le pidió una ecografía abdominal en el cual se observó presencia de cálculos así llegamos a la conclusión que cursaba con una Colecistitis crónica calculosa por ello se le realiza una COLELAP, la paciente tuvo una evolución quirúrgica favorable, por lo cual se le da alta médica con indicaciones a seguir.

La colecistitis crónica, comúnmente resultante de cálculos en la vesícula, se manifiesta a través de episodios previos de inflamación aguda de la vesícula, a veces de intensidad leve. Esta condición puede exhibir desde una infiltración discreta de células inflamatorias crónicas hasta una fibrosis avanzada del órgano, llevando a su encogimiento. Una calcificación extensiva debido a la fibrosis recibe el nombre de vesícula biliar en porcelana.

Los cálculos interrumpen periódicamente el flujo en el conducto cístico, desencadenando episodios repetidos de dolor intenso, conocidos como cólicos biliares. Estos episodios dolorosos no siempre están asociados con una inflamación aguda de la vesícula biliar, y la severidad de la inflamación no necesariamente se correlaciona con la intensidad o frecuencia de los ataques de dolor. Los pacientes pueden experimentar sensibilidad en la parte superior del abdomen sin fiebre. Sin embargo, la presencia de fiebre puede indicar una

fase aguda de colecistitis. Una vez que los episodios comienzan, tienden a repetirse.

El diagnóstico de colecistitis crónica se considera en pacientes con episodios recurrentes de cólicos biliares y presencia de cálculos biliares. Los estudios de imagen, como la ecografía abdominal, generalmente muestran una vesícula biliar reducida y fibrosa. El diagnóstico se confirma mediante el historial clínico de cólicos biliares y los hallazgos ecográficos de cálculos biliares.

Además, la colecistografía puede ser útil, ya que puede revelar una vesícula contrastada con imágenes de cálculos que aparecen como áreas más transparentes dentro de la sombra vesicular. En el caso de colecistitis crónica sintomática, la colecistectomía laparoscópica se indica para prevenir la recurrencia de los síntomas y las complicaciones biliares adicionales. Este procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo es particularmente apropiado para tratar la vesícula biliar en porcelana asociada con carcinoma vesicular ^(4,5).

3.1.2 Hernia inguinal izquierda

El caso 2 trata de un paciente de 40 años refiere que desde la niñez presenta masa en región inguinal izquierdo, la cual protruye al esfuerzo acompañado de dolor y molestias al realizar sus actividades, con signos vitales estables, por la clínica y antecedentes se le pidió una TEM abdominal en el cual se observó una Hernia inguinal izquierda (Nyhus IIIA) por ello se le realiza una Hernioplastia inguinal izquierda, la paciente tuvo una evolución quirúrgica favorable, por lo cual se le da alta médica con indicaciones a seguir.

Las hernias inguinales por deslizamiento, aunque son poco comunes en la infancia, pueden presentar una variedad de órganos intraabdominales que pueden protruir en el canal inguinal. Estos órganos pueden incluir el epiplón, el intestino delgado, el apéndice, el divertículo de Meckel, el ovario, las trompas de Falopio e incluso la vejiga. El canal inguinal está formado por la

aponeurosis de los músculos oblicuos de la pared anterolateral del abdomen y se extiende desde el anillo superficial hasta el profundo, con una longitud aproximada de 4 cm.

Durante el desarrollo fetal, el proceso vaginal (PV) se forma alrededor del sexto mes, lo que implica una evaginación del peritoneo parietal. En el caso de las mujeres, tanto el gubernáculo (futuro ligamento redondo) como el ligamento ancho tienen un papel crucial al suspender el ovario, evitando su descenso hacia la base del labio mayor. Este arreglo anatómico posiciona el ovario entre el cuerno del útero y el anillo inguinal interno. Normalmente, el proceso vaginal desaparece alrededor del octavo mes de gestación. Sin embargo, si persiste, se manifiesta como el conducto peritoneo vaginal en varones y el conducto de Nuck en mujeres. La falta de cierre completo del conducto peritoneo vaginal en mujeres puede conducir al desarrollo de hernias inguinales, que típicamente contienen ovarios, trompas de Falopio y útero. Aunque poco común, esta condición resalta la importancia de comprender la anatomía y los procesos de desarrollo fetal para abordar adecuadamente las hernias inguinales en la población pediátrica.

Las hernias inguinales que albergan un ovario, ya sea con o sin trompa de Falopio, son relativamente comunes en niñas, pero resulta excepcional encontrar una hernia inguinal que contenga el útero. Diversas hipótesis han sido propuestas para explicar la presencia del ovario en el canal inguinal, incluyendo la falta de fusión de los conductos de Müller según la teoría de Thomson, el ligamento redondo corto sugerido por Kuyama, y la debilidad del ligamento ancho o ligamento ovárico en combinación con el aumento de la presión intraabdominal.

La incidencia global de hernias inguinales con ovario como contenido es observada en menos del 2,9%. Cuando la hernia incluye tanto el ovario como la trompa de Falopio, esta incidencia se eleva al 6-7%, siendo más prevalente en la población pediátrica. Entre los casos de hernias inguinales con contenido ovárico, se registra una incidencia más elevada en prematuros y niñas menores de un año. Esta particularidad en la epidemiología sugiere una

predisposición en estos grupos demográficos, posiblemente relacionada con factores anatómicos y el desarrollo fetal. Comprender estas tendencias es crucial para mejorar la detección temprana y el manejo de las hernias inguinales en la infancia, especialmente cuando involucran estructuras ginecológicas como el ovario y la trompa de Falopio.

La presentación clínica de estas hernias puede variar, abarcando desde tumefacción en la ingle hasta hernias inguinales reducibles o encarceladas. Un aspecto particularmente notable es la posibilidad de observar sangrado vaginal en niñas con hernias inguinales con componente ovárico. Este hallazgo sugiere la consideración del útero como un componente deslizante en la hernia ⁽⁶⁾.

Factores de riesgo

- El sexo
- Tos crónica
- Constipación crónica
- Sobrepeso
- Embarazo
- Ciertas ocupaciones
- Antecedente de hernia inguinal

La comprensión de estos factores de riesgo es crucial para la identificación temprana, la prevención y el manejo adecuado de las hernias inguinales ⁽⁷⁾. El esquema Nyhus descrito en 1990 se resume en el ANEXO 1. Esta clasificación reduce el número de hernias a cuatro atendiendo a su localización anatómica y a las características clínicas⁽⁸⁾.

La realización de una ecografía preoperatoria se revela como una herramienta invaluable para el diagnóstico preciso y la planificación del tratamiento quirúrgico adecuado en el contexto de hernias inguinales en lactantes. Esta técnica proporciona una detallada visualización de la ingle y la pelvis, destacándose por su capacidad para identificar con precisión los vasos sanguíneos, como las arterias y venas epigástricas inferiores y femorales.

Además, la ecografía preoperatoria es fundamental para analizar las alteraciones en la ecoestructura de la grasa y delimitar el contenido del saco herniario. Es esencial considerarla como un procedimiento rutinario en lactantes de sexo femenino con una masa inguinal palpable irreductible. Este enfoque diferenciado se justifica por la capacidad única de la ecografía para anticipar y visualizar anomalías, especialmente en los anexos uterinos, que pueden no ser evidentes en un examen físico convencional.

En nuestro caso, la realización de la ecografía preoperatoria contrasta con informes previos donde este estudio permitió anticipar la presencia de anexos uterinos en hernias inguinales. La identificación temprana de estos elementos es crucial, ya que la intervención quirúrgica temprana se vuelve imperativa para prevenir posibles daños en los órganos herniados, particularmente cuando involucran estructuras reproductivas inesperadas dentro del saco herniario. La reparación de la hernia inguinal, una de las intervenciones quirúrgicas pediátricas más frecuentes, sigue siendo realizada de manera universal mediante la herniorrafia clásica con ligadura alta del saco herniario. Esta técnica se lleva a cabo a través de un abordaje inguinal. La información proporcionada por la ecografía preoperatoria, al ofrecer una visión detallada de la anatomía involucrada, contribuye significativamente a una planificación quirúrgica precisa y a la mejora de los resultados clínicos en este grupo de pacientes.

La hernioplastia, un procedimiento quirúrgico destinado a la reparación de hernias en la región inguinal de la pared abdominal, implica el reacomodo de la protrusión anómala hacia el interior y la corrección del defecto estructural en el tejido muscular inguinal. Este procedimiento puede ser realizado mediante dos métodos principales: una técnica quirúrgica abierta o laparoscópica, seleccionada en función de la evaluación clínica individualizada del paciente por parte del cirujano. La técnica abierta puede efectuarse bajo anestesia local o general, mientras que la laparoscopia requiere invariablemente anestesia general. En ambas modalidades, se preconiza la implantación de una malla quirúrgica para fortalecer la región

afectada, minimizando así la recurrencia herniaria y facilitando una recuperación postoperatoria más expedita.^(6,9).

3.2 Pediatría

3.2.1 Diarrea aguda infecciosa

En el caso 1 trata de un paciente lactante de 2 meses, madre refiere que desde hace 4 días presenta deposiciones líquidas, con moco sin sangre 6 veces por día, con signos vitales estables, el abdomen se encontraba levemente distendido, con ruidos hidroaéreos (RHA) incrementados, se encontró que su hemoglobina estaba en 8, Con impresión diagnóstica de Diarrea Aguda Infecciosa por la clínica, se decide hospitalizar al paciente y continuar con su antibioticoterapia el cual consiste en lactancia materna supervisada, vía salinizada, amikacina 90mg ev cada 24 horas, paracetamol 100 mg /ml (15 gotas) PRN a T38 °C, medios físicos y control de funciones vitales. En el 5. ° día de hospitalización la madre refiere que su menor hijo presenta mejoría clínica.

En las naciones en desarrollo, se registra un promedio de 3 episodios anuales de diarrea por niño menor de 5 años, aunque en áreas específicas este número puede aumentar hasta 6-8 episodios al año por niño. La malnutrición se presenta como un factor de riesgo significativo adicional para la diarrea en estos entornos, y la recurrencia de episodios diarreicos contribuye al deterioro del crecimiento y a un aumento marcado en la mortalidad infantil.

A pesar de que la mortalidad asociada con la diarrea en la infancia ha experimentado una disminución constante pero lenta en las últimas dos décadas, principalmente, debido a la implementación generalizada de soluciones de rehidratación oral, se observa un estancamiento en este descenso en años recientes. Sin embargo, con la implementación de la vacuna contra el rotavirus, que constituye la causa más prevalente de diarrea infecciosa a nivel global, durante más de tres años, se anticipa una disminución en la frecuencia general de episodios de diarrea en el futuro cercano.

La implementación de la vacuna contra el rotavirus, que ha demostrado ser efectiva en la prevención de infecciones por esta causa común de enfermedad gastrointestinal, representa un avance significativo en la mitigación de la diarrea. Se espera que esta vacuna contribuya a una reducción sostenida de la incidencia de diarrea en la población infantil, lo que a su vez llevará a mejoras en la salud pública. Es fundamental tener una comprensión profunda de la incidencia, etiología y factores predisponentes de la diarrea para su prevención, tratamiento y educación. A pesar de los avances en salud, la diarrea sigue siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en niños a nivel mundial, resultando en aproximadamente 1.34 millones de fallecimientos anuales en menores de 5 años, lo que representa alrededor del 15% de todas las muertes infantiles. La atención continua a estos aspectos es esencial para desarrollar estrategias efectivas que reduzcan el impacto de la diarrea en la salud infantil global.

La diarrea se define como la presencia de tres o más evacuaciones intestinales inusualmente líquidas o blandas en un período de 24 horas. Se caracteriza por una alteración en la absorción normal de agua y electrolitos en el tracto intestinal, lo que resulta en una secreción anormal. Este desequilibrio conlleva a la eliminación de heces con una consistencia diferente a la habitual, siendo esta alteración una manifestación clínica de diversos trastornos gastrointestinales ⁽¹⁰⁾.

Clínica

La evaluación clínica detallada en casos de diarrea incluye una historia clínica exhaustiva, considerando aspectos como:

Características de las heces

- Consistencia, color y presencia de sangre u otras anomalías.

Frecuencia y duración:

- Número de evacuaciones y duración de los síntomas.

Inicio:

- Momento en el que comenzaron los síntomas.

Historia de viajes recientes:

- Posibles exposiciones a agentes infecciosos en diferentes regiones.

Brotos:

- Identificación de brotes en grupos de personas.

Consumo de aguas contaminadas:

- Exposición a fuentes de agua potencialmente contaminadas.

Antecedentes patológicos o de inmunosupresión:

- Enfermedades crónicas, inmunosupresión u otras condiciones médicas relevantes.

Uso de medicamentos:

- Lista de medicamentos actuales y recientes.

Consumo de alimentos:

- Historial dietético, incluyendo alimentos consumidos recientemente.

Paraclínico:

-Hemo leucograma

-Reactantes de fase aguda

-Electrolitos

-Glucosa Sérica

-Azoados: Creatinina, BUN

-Examen de Leucocitos en heces en diarrea inflamatoria (>3 Leucocitos por campo), huevos y parásitos (En brotes, diarrea del viajero, diarrea > 10 días)

-VIH en Homosexuales o inmunodeprimidos

- Serología para *E. Histolytica*

-Imágenes: Radiografía de abdomen y Ecografía

-Colonoscopia (En caso de inmunodepresión, cultivos positivos y proctitis)⁽¹¹⁾.

Tratamiento de la EDA

Los pilares del tratamiento recomendado para niños con enfermedades diarreicas agudas (EDA) tienen como objetivo corregir los trastornos

hidroelectrolíticos, si están presentes, y prevenir episodios de deshidratación y alteraciones del estado nutricional. Es importante destacar que no existen medidas terapéuticas específicas destinadas al tratamiento etiológico, es decir, no se aborda directamente la causa subyacente de la diarrea aguda.

El enfoque principal se centra en mantener una adecuada hidratación, reponer los electrolitos perdidos durante la diarrea y proporcionar una alimentación adecuada para prevenir la malnutrición. En muchos casos, la diarrea aguda es autolimitada y se resuelve espontáneamente sin necesidad de tratamientos específicos dirigidos a la causa infecciosa. La atención médica se centra en el manejo de los síntomas y en prevenir complicaciones asociadas, especialmente la deshidratación, que puede ser grave en niños pequeños. Existen recomendaciones nacionales e internacionales que abordan el manejo de niños con enfermedades diarreicas agudas (EDA) y que consideran diversas situaciones clínicas. Estas pautas proporcionan directrices para el tratamiento, la prevención de la deshidratación y las estrategias nutricionales, adaptándose a distintos escenarios clínicos y factores de riesgo.

Estas recomendaciones a menudo incluyen orientaciones sobre la administración de soluciones de rehidratación oral, la evaluación y clasificación del grado de deshidratación, la continuidad de la alimentación y la adaptación de la dieta según la tolerancia del niño. Además, se pueden abordar consideraciones específicas para poblaciones vulnerables, como lactantes, niños desnutridos o aquellos con condiciones médicas subyacentes. Exactamente, seguir estas recomendaciones es fundamental para garantizar un manejo efectivo y seguro de las enfermedades diarreicas agudas en niños. Es importante adaptar las intervenciones según la gravedad de los síntomas y las características individuales de cada paciente. Esto asegura un enfoque personalizado que aborda tanto la causa subyacente de la diarrea como cualquier complicación potencial, lo que maximiza las posibilidades de una recuperación rápida y completa. Además, un manejo adecuado puede ayudar a prevenir complicaciones a largo plazo y reducir el riesgo de mortalidad asociada con la diarrea en niños.

La principal causa identificada corresponde al grupo de *Escherichia coli* diarreigénicas, patógenos que no suelen ser investigados de manera rutinaria en los cultivos de heces, ya que su diagnóstico requiere técnicas moleculares más especializadas. El segundo agente más frecuentemente detectado es el Rotavirus. Sin embargo, es importante señalar que el diagnóstico se llevó a cabo mediante pruebas inmunocromatográficas, lo que puede afectar la precisión del valor debido a las limitaciones de esta técnica en cuanto a especificidad. Por lo tanto, se recomienda realizar una confirmación posterior mediante pruebas moleculares.

En relación con la resistencia a los antimicrobianos en las cepas estudiadas, se destaca un alto porcentaje de resistencia en *Shigella* spp. a cotrimoxazol y ampicilina. Además, se encontró resistencia en *Campylobacter* spp. a ciprofloxacina. Estos hallazgos resaltan la importancia de la vigilancia y el manejo adecuado de la resistencia antimicrobiana para garantizar un tratamiento efectivo de las infecciones. En conclusión, se observa que la población más afectada por las diarreas corresponde a niños menores de 5 años, sin una prevalencia significativa entre los géneros femenino y masculino. El principal agente patógeno identificado como causa de las diarreas fue de origen bacteriano, siendo las *Escherichia coli* diarreigénicas la causa más común, seguidas por el Rotavirus, *Campylobacter* spp., *Shigella* spp. y, en último lugar, *Salmonella* spp. Además, en algunas muestras se detectaron más de un patógeno entérico, incluyendo casos de coinfección con hasta cuatro patógenos diferentes.

Estos hallazgos resaltan la diversidad de agentes causales y la complejidad de las infecciones diarreicas, subrayando la importancia de un enfoque integral en el diagnóstico y tratamiento de estos casos, especialmente en la población pediátrica ⁽¹²⁾. Anexo 2

3.2.2 Crisis asmática

En el caso 2 trata de un paciente de masculino de 4 años, madre refiere que desde hace 6 días presenta tos productiva y 2 episodios de vómitos de contenido alimentario de regular intensidad, se evidencia tiraje intercostal por ello se solicitó una Radiografía encontrándose aumento de la trama bronquial. Los diagnósticos definitivos fueron Crisis asmática leve, Atelectasia basal derecha, Anemia Leve, Neumonía Atípica con una evolución favorable, con indicación de alta médica con Prednisolona 15mg /5ml (5ml) vo cada 24 horas por 2 días, Azitromicina 200mg/5ml (3.5ml) vo cada 24horas por 3 días; Budesonida 1 puff cada 12 horas por 2 meses; Salbutamol 100mcg 2 puff cada 3 horas por 2 días, 2 puff cada 4 horas por 3 días ,2 puff cada 6 horas por 3 días.

La crisis de asma se caracteriza por un episodio de dificultad para respirar que puede desarrollarse progresiva o repentinamente. Los síntomas típicos incluyen disnea (dificultad para respirar), tos y sensación de opresión torácica, pudiendo presentarse de forma individual o combinada. La evaluación de la gravedad de una crisis asmática se puede realizar utilizando diversas escalas, como el Pulmonary Score, que se presenta en el Anexo 3. Esta escala clínica tiene la ventaja de ser simple y aplicable a todas las edades. La medición de la saturación de oxihemoglobina (SatO₂) mediante pulsioximetría (SpO₂) se utiliza para complementar la evaluación de la gravedad del episodio asmático. En la práctica, los síntomas y la SpO₂ se evalúan conjuntamente para clasificar la gravedad de la crisis asmática ^(13,14).

La identificación temprana de la crisis asmática y su tratamiento inmediato y efectivo son objetivos fundamentales. No reconocer la gravedad de la crisis o proporcionar un tratamiento insuficiente o tardío están significativamente asociados con un aumento de la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el asma.

En la atención primaria, se emplean ciertos fármacos para tratar las crisis de asma infantil, detallados en el anexo 2.

El suministro de oxígeno es crucial en crisis moderadas o graves, y se recomienda comenzar lo antes posible para mantener una saturación de oxígeno en sangre entre el 95 % y el 98 %.

β_2 -agonistas de acción corta (BAC)

Los medicamentos que dilatan los bronquios son fundamentales en el tratamiento de las crisis de asma en niños y son los preferidos según la evidencia de mayor calidad (evidencia A). Se recomienda su administración a través de inhaladores debido a su rápida acción y efectos secundarios reducidos. Utilizar broncodilatadores como el BAC en inhalador presurizado con cámara espaciadora se considera más efectivo que la nebulización en términos de mejora clínica y tiempo de recuperación durante las crisis de asma. Para casos leves, suele ser suficiente administrar entre 2 y 4 pulsaciones, mientras que en los moderados se recomiendan de 6 a 8 pulsaciones. En situaciones graves, se puede llegar a administrar hasta diez pulsaciones.

Glucocorticoides sistémicos

Los corticoides muestran eficacia y beneficios cuando se administran de forma temprana, generalmente por vía oral. Se prefieren la prednisona y la prednisolona, que tienen igual potencia. En crisis leves y moderadas, se recomienda una dosis de 1-2 mg/kg/día. Para las crisis graves, la dosis más efectiva es de 2 mg/kg/día, con un máximo de 40 mg/día. Las dosis específicas son de 10 mg para menores de 2 años, 20 mg en niños de 2-5 años, y de 30-40 mg para niños mayores de 5 años. En ocasiones, es complicado distinguir entre un preescolar con una crisis asmática y un niño con sibilancias episódicas de origen viral.

Glucocorticoides inhalados (CI)

En la actualidad, no existe suficiente evidencia para respaldar la idea de que los corticoides inhalados puedan reemplazar a los corticoides sistémicos en el tratamiento de las crisis de asma en niños. La investigación respalda el uso de corticoides sistémicos, como la prednisona o la prednisolona, en situaciones de crisis moderadas a graves. Si bien los corticoides inhalados

son eficaces como medida preventiva a largo plazo para controlar el asma, no se consideran una opción adecuada para el tratamiento durante una crisis aguda ⁽¹⁵⁾, anexo 2

La convivencia con mascotas, como se menciona, puede ser un desencadenante de síntomas de asma en algunas personas, especialmente si son alérgicas a los alérgenos presentes en el pelaje, la caspa o la saliva de los animales. En individuos susceptibles, la exposición a alérgenos de mascotas puede desencadenar síntomas como sibilancias, dificultad para respirar, tos y opresión en el pecho.

Los hongos pueden liberar esporas al aire que, cuando son inhaladas, podrían desencadenar síntomas respiratorios en algunas personas sensibles.

Las estrategias para reducir la presencia de hongos en el hogar pueden incluir mantener una buena ventilación, reducir la humedad en interiores, reparar posibles filtraciones o daños en la estructura de la vivienda y limpiar regularmente para prevenir el crecimiento de hongos. Respecto al suelo inadecuado, un suelo en mal estado puede contribuir a la acumulación de polvo y alérgenos, lo que podría afectar la calidad del aire interior. Mejorar la higiene y la limpieza, así como considerar opciones para un suelo más adecuado, podría ser beneficioso para la salud respiratoria en el hogar⁽¹⁶⁾.

3.3 Ginecología y Obstetricia

3.3.1 Feto podálico

En el caso 1 trata de una paciente femenina de 22 años, refiere contracciones uterinas cada diez minutos, percibe movimientos fetales, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico, en el examen ginecológico al tacto vaginal se encuentra incorporación 80 %, permeable 1 dedo, membranas ovulares íntegras. El diagnóstico definitivo fue gestante de 38 semanas por ecografía de primer trimestre, pródromos de labor de parto, feto podálico por ello se decide tratar quirúrgicamente con cesárea segmentaria transversa primaria. La paciente postoperada de dos días cursa hemodinámicamente

estable, ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio, útero involucionado, con evolución favorable. Se decide dar alta médica con indicaciones.

La presentación podálica, también denominada presentación de nalgas o pelviana, se caracteriza por la posición en la que la parte inferior del feto, particularmente la pelvis, se encuentra en contacto con el estrecho superior de la pelvis materna. En este caso, la cabeza del feto está en la parte superior del útero, mientras que las nalgas o las piernas se presentan primero durante el parto. Existen diferentes tipos de presentaciones podálicas, como la presentación completa de nalgas, donde tanto las nalgas como las piernas están presentes, o la presentación de nalgas incompleta, donde una o ambas piernas están extendidas hacia arriba junto a las nalgas.

La presentación podálica es menos común que la presentación cefálica (donde la cabeza del feto se presenta primero), y en algunos casos, los profesionales de la salud pueden considerar opciones como la versión cefálica externa o la cesárea para abordar esta situación, dependiendo de diversos factores, incluyendo la salud de la madre y del feto.

Las formas de presentación en el parto de nalgas pueden clasificarse

-Nalgas puras, simples o francas: En esta presentación, los pies del feto se encuentran a la altura de los hombros, con las piernas extendidas hacia adelante. Es la forma más frecuente y ocurre en alrededor del 70% de los casos de presentación de nalgas.

-Nalgas completas: En esta situación, el feto está completamente sentado, con las rodillas flexionadas y los pies junto con las nalgas formando parte de la presentación. La prevalencia de la presentación de nalgas completas es aproximadamente del 5 %.

-Nalgas incompletas: En esta presentación, el feto tiene un pie o ambos en la vagina. Puede producirse el prolapso de las extremidades durante el parto. La prevalencia de la presentación de nalgas incompletas está cercana al 30%.

Estas formas de presentación en el parto de nalgas pueden influir en la planificación y manejo del parto, y los profesionales de la salud evaluarán cada caso individualmente para determinar la mejor manera de proceder según las circunstancias, la salud de la madre y el feto.

Las causas de la presentación podálica pueden deberse a diversos factores. Hasta la semana 32 de embarazo, hay probabilidades de que el feto realice una versión espontánea. Sin embargo, después de esta semana, es menos probable que ocurra la versión espontánea. Algunas causas que pueden contribuir a la presentación podálica incluyen:

- Factores Uterinos
- Factores Placentarios
- Polihidramnios
- Multiparidad

Estos factores pueden afectar la posición del feto y dificultar la versión espontánea, llevando a una presentación podálica. Sin embargo, es importante destacar que la presentación podálica no siempre está asociada con problemas y, en algunos casos, se pueden manejar con éxito durante el parto.

Diagnóstico diferencial

La dificultad en la palpación abdominal puede surgir en diversas situaciones, como la obesidad, presencia de tumoraciones pélvicas o uterinas, polihidramnios, posición transversa del feto, o embarazo múltiple. Estas condiciones pueden limitar la capacidad del profesional de la salud para realizar una palpación abdominal efectiva y realizar un diagnóstico preciso.

En tales casos, es esencial considerar la posibilidad de realizar estudios de diagnóstico por imágenes, como ultrasonidos u otras pruebas específicas, para obtener información más detallada sobre la posición, presentación y bienestar del feto, así como para evaluar cualquier otra condición anatómica o patológica que pueda afectar la palpación abdominal.

La realización de una ecografía puede revelar una presentación podálica franca, lo que significa que los pies del feto se encuentran posicionados hacia abajo en el canal de parto. Ante esta situación, es responsabilidad del médico correlacionar estos hallazgos y realizar un diagnóstico diferencial para evaluar posibles complicaciones o variantes en la presentación del feto.

Cuando surgen complicaciones o variantes, se pueden emplear tres señales para distinguir entre un pie y una mano durante el parto. Estas incluyen observar si el talón prolonga la pierna o la mano continúa el antebrazo, la disposición del extremo distal de los dedos y la restricción en la movilidad del primer dedo del pie en comparación con la amplia flexo-extensión del pulgar de una mano. Este tipo de evaluación se lleva a cabo mediante el tacto vaginal durante el trabajo de parto, cuando la dilatación facilita la realización del examen.

Es fundamental que el médico esté atento a estos signos y realice una evaluación continua para asegurar un manejo adecuado de la situación y tomar decisiones fundamentadas sobre el plan de parto y el cuidado del paciente.

Presentación fetal anormal

La presentación cefálica se refiere a la parte del cuerpo fetal que está más adelantada en el canal del parto, específicamente en el estrecho superior de la pelvis, y tiene la capacidad de iniciar el proceso de parto. Esta presentación se considera eutócica, lo que significa que es la más favorable para un parto vaginal sin complicaciones. A pesar de ello, incluso en la presentación cefálica, pueden surgir variaciones que pueden dificultar el parto vaginal. Además de la presentación cefálica, existen otras presentaciones que pueden complicar el proceso de parto, como las presentaciones pélvicas (donde la porción inferior del feto, como las nalgas, está en posición para salir primero) y las presentaciones transversas (donde el feto se encuentra en una posición lateral dentro del útero).

Es importante que los profesionales de la salud realicen evaluaciones periódicas para determinar la presentación del feto y tomar decisiones informadas sobre la mejor manera de proceder durante el parto para garantizar la salud y seguridad tanto de la madre como del bebé⁽¹⁷⁾.

3.3.2 Mioma uterino

En el caso 2 trata de una paciente femenina de 44 años, refiere que presentó sangrado vaginal y dolor pélvico, acude para programar cirugía electiva, Histerectomía Abdominal Total (HAT). En la ecografía transvaginal a nivel de cara anterior se evidencia mioma tipo 3 de 62x48mm y en cara posterior de 35x21mm llevándonos al diagnóstico de Miomatosis uterina intramural, figo tipo 3. Se decide tratar quirúrgicamente con Histerectomía abdominal. Cursa hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente, con tratamiento antibiótico con ceftriaxona, clindamicina y amikacina. Se decide dar alta médica con indicaciones ketoprofeno 100mg vo cada 8 horas por 3 días, control por consultorio de ginecología en 7 días, se explican signos y síntomas de alarma.

Los miomas uterinos, también conocidos como leiomiomas, son crecimientos no cancerosos que se forman en el útero y son bastante frecuentes. Estos tumores se originan en el músculo liso del miometrio. Los miomas uterinos pueden tener diversas ubicaciones dentro del útero, de algunas de las ubicaciones:

-Intramurales: Los miomas uterinos se localizan en la pared muscular del útero, conocida como miometrio. Son frecuentes y, según su tamaño y posición, pueden ocasionar síntomas como dolor pélvico, sensación de presión y menstruaciones abundantes.

-Subserosos: Estos miomas se desarrollan en la capa externa del útero (serosa) y pueden crecer hacia fuera. A menudo, no causan síntomas a menos que sean lo suficientemente grandes como para presionar otros órganos cercanos.

-Submucosos: Estos miomas se encuentran justo debajo del revestimiento interno del útero (endometrio). Pueden protruir hacia la cavidad uterina y causar síntomas como sangrado menstrual abundante y cólicos.

-Intraligamentosos: Aparecen en los ligamentos anchos que sostienen el útero en su lugar.

-En el cuello uterino o trompas de Falopio: Aunque menos comunes, los miomas pueden desarrollarse en el cuello uterino o también en las trompas de Falopio.

La presencia y ubicación específica de los miomas pueden influir en los síntomas que una mujer experimenta y en las opciones de tratamiento recomendadas. Es importante que cualquier síntoma relacionado con los miomas se discuta con un profesional de la salud para evaluar adecuadamente la situación y determinar el curso de acción más apropiado. La etnia afrodescendiente, la obesidad y la menarca precoz son los principales factores de riesgo asociados con los miomas uterinos. Además, el uso de anticonceptivos orales antes de los 16 años de edad se relaciona con un mayor riesgo, mientras que el uso de anticonceptivos inyectables de progestina sola se asocia con una disminución del riesgo, al igual que haber dado a luz varias veces (multiparidad). Algunas alteraciones genéticas, el alcohol, la cafeína y una dieta rica en carnes rojas se han asociado al desarrollo de miomas ⁽¹⁸⁾.

La mayoría de las mujeres con miomas uterinos suelen tener más de uno, y el crecimiento y tamaño de los miomas a menudo están influenciados por las hormonas, especialmente los estrógenos y la progesterona. Aunque los miomas son generalmente benignos, pueden causar síntomas y complicaciones, como dolor pélvico, sangrado menstrual abundante, presión en la pelvis, dificultades para quedar embarazada y complicaciones durante el embarazo ^(19,20).

La clínica

Los síntomas de los miomas uterinos pueden variar según su tamaño y ubicación. Algunos pueden ser tan pequeños como microscópicos, mientras que otros pueden crecer hasta el tamaño de una naranja o incluso más grandes. Por lo general, los miomas más grandes tienden a causar más síntomas. Los miomas submucosos, que ejercen presión sobre el endometrio

(la capa interna del útero responsable de la menstruación), también suelen provocar más síntomas.

La mayoría de estos tumores benignos son pequeños y no presentan síntomas. Sin embargo, algunas mujeres pueden experimentar menstruaciones muy abundantes y prolongadas. Otras pueden sentir una presión pélvica o dolor que afecta su calidad de vida. Por lo general, los síntomas de los fibromas mejoran cuando una mujer entra en la menopausia y ya no tiene períodos menstruales.

Los miomas uterinos pueden manifestarse con diversos síntomas, como presión pélvica y dolor. Si el mioma ejerce presión sobre la vejiga, la mujer puede sentir la necesidad de ir al baño con más frecuencia. Además, pueden presentarse aumentos y prolongaciones en el sangrado menstrual. En un bajo porcentaje, los miomas pueden contribuir a la esterilidad, especialmente en mujeres de mayor edad, ya que el riesgo de tener miomas uterinos aumenta con la edad. Por último, si un mioma presiona el recto, puede ocasionar estreñimiento.

La mayoría de las mujeres con miomas uterinos de tamaño pequeño o aislados generalmente experimentan un embarazo sin complicaciones. Sin embargo, aquellas con miomas de gran tamaño o múltiples miomas pueden enfrentar un mayor riesgo de complicaciones, como aborto espontáneo y parto prematuro. En ciertos casos, los miomas pueden interferir con la implantación del óvulo fecundado o afectar el crecimiento adecuado del feto durante el embarazo.

El tratamiento profiláctico

Para prevenir complicaciones futuras relacionadas con los miomas, generalmente no se recomienda ningún tratamiento, salvo en algunas excepciones específicas. Por ejemplo, en mujeres que tienen miomas submucosos que pueden ser extirpados mediante histeroscopia y desean quedar embarazadas, o en mujeres con úteros miomatosos de gran tamaño que se extienden lateralmente y causan compresión ureteral, lo que provoca

hidronefrosis moderada o severa. En estos casos, puede ser necesario intervenir para evitar complicaciones adicionales.

Tratamiento quirúrgico de los miomas

La extirpación quirúrgica del útero, conocida como histerectomía, es el procedimiento ginecológico más practicado en todo el mundo, y una de las razones principales para su realización es la presencia de miomas uterinos. Cada año, en los Estados Unidos, se llevan a cabo entre 177,000 y 366,000 histerectomías como tratamiento para los miomas o los síntomas que estos generan. Estos procedimientos pueden ser realizados mediante cirugía abdominal, vaginal o laparoscópica. Según un estudio observacional prospectivo que abarcó más de 10,000 histerectomías realizadas en Finlandia, se observó que las complicaciones afectaron al 17.2%, 23%, y 19% de las histerectomías realizadas por vía abdominal, vaginal y laparoscópica, respectivamente. Las complicaciones infecciosas fueron las más comunes. Por otro lado, las complicaciones hemorrágicas se detectaron en el 2.1%, 3.1%, y 2.7% de las histerectomías abdominales, vaginales y laparoscópicas, respectivamente. La única disparidad significativa en términos de complicaciones fue que las lesiones ureterales se manifestaron siete veces más a menudo en los casos de histerectomía vaginal. ⁽²¹⁾.

La tasa de mortalidad relacionada con la histerectomía se estima en un rango de 10 a 20 por cada 1,000 casos; aunque es baja, es importante recordar que esta intervención se lleva a cabo en su mayoría sin riesgo vital, sino con el propósito de mejorar la calidad de vida de la paciente. Varios estudios han evaluado el nivel de satisfacción de las pacientes después de someterse a una histerectomía, y en la mayoría de ellos se observa un alto grado de satisfacción, superando el 95% ⁽²²⁾.

La miomectomía es el procedimiento preferido para las pacientes con miomas uterinos que desean conservar su capacidad de concebir. Aunque la relación entre los miomas y la fertilidad es aún motivo de debate, está claro que en los casos donde los miomas causan síntomas y la paciente desea quedar embarazada, se recomienda la miomectomía. La elección entre realizar la

miomectomía mediante laparotomía, laparoscopia o histeroscopia dependerá de factores como la ubicación, el número de miomas y la experiencia del ginecólogo en una técnica particular ⁽²³⁻²⁵⁾.

3.4 Medicina Interna

3.4.1 Diabetes *mellitus* cetoacidosis

En el caso 1 trata de un paciente masculino de 22 años, refiere que hace dos días presentó vómitos cada vez que consumía alimentos, asociado a diarrea después del consumo de carne de chanco y res, el reporte de Hemoglucotest fue 410mg/dL el cual se encontraba muy elevado, como antecedente presenta Diabetes *Mellitus* (2 años), Luego de 2 horas el HGT resulta 217mg/dL, donde se concluye Diabetes con complicaciones agudas, Cetoacidosis resuelta. Paciente con evolución favorable se indica inicio de dieta blanda más LAV, NaCl 0.9% 1000 cc, KCl 20% 1 ampolla (I), (II) y (III), ranitidina 50 mg ev cada 8 horas, metoclopramida 10 mg ev cada 8 horas, Insulina NPH 10 UI, hemoglucotest cada 4 horas, control de funciones vitales más BH, se sigue indicaciones hasta el alta.

La cetoacidosis diabética (CAD) es una complicación grave que puede ser mortal en personas con diabetes. Se produce cuando el cuerpo comienza a descomponer las grasas de manera acelerada. En este proceso, el hígado transforma la grasa en un compuesto llamado cetona, el cual conduce a la acidificación de la sangre. Este desequilibrio ácido puede tener consecuencias graves para la salud y requerir intervención médica urgente.

La cetoacidosis diabética (CAD) se desencadena cuando la producción de insulina en el cuerpo es insuficiente. Varios procesos metabólicos desregulados:

- La ausencia de insulina dificulta el transporte eficaz de glucosa desde la sangre hacia las células para su uso como fuente de energía.
- Ante la ausencia de insulina, el hígado aumenta su producción de glucosa, contribuyendo a niveles elevados de azúcar en la sangre.
- Además, la insuficiencia de insulina provoca que el cuerpo descomponga las grasas a un ritmo acelerado, generando un exceso de cuerpos cetónicos que,

a su vez, acidifican la sangre. Esta combinación de factores resulta en un desequilibrio metabólico grave, caracterizado por hiperglucemia, aumento de la producción de glucosa hepática y la acumulación de cuerpos cetónicos, dando lugar a la cetoacidosis diabética. Este estado puede tener consecuencias peligrosas y requerir tratamiento médico inmediato⁽²⁶⁾.

La cetoacidosis diabética (CAD), se origina cuando el hígado descompone la grasa y genera cetonas, un proceso que normalmente ocurre después de períodos prolongados sin comer. Cuando las cetonas se producen en exceso y se acumulan rápidamente en la sangre y la orina, pueden volverse tóxicas, lo que resulta en la acidificación de la sangre, conocida como cetoacidosis. Es importante destacar que la cetoacidosis diabética puede ser el primer signo de diabetes tipo 1 en personas que aún no han sido diagnosticadas, pero también puede ocurrir en personas ya diagnosticadas con diabetes tipo 1. Situaciones como infecciones, lesiones, enfermedades graves, olvido de dosis de insulina o cirugías pueden desencadenar la CAD en individuos con diabetes tipo 1.

Aunque es menos frecuente y menos agresiva, la CAD también puede afectar a personas con diabetes tipo 2. En este caso, suele estar relacionada con niveles descontrolados de azúcar en la sangre durante un período prolongado, olvido de dosis de medicamentos o la presencia de una enfermedad o infección grave.

Síntomas

Los síntomas más frecuentes de CAD pueden incluir:

- Aliento a frutas
- Disminución del estado de conciencia
- Náuseas y vómitos
- Resequedad en la boca y la piel
- Micción frecuente o sed que dura un día o más
- Dolor de cabeza
- Respiración acelerada y profunda
- Dolores o rigidez muscular

Diagnóstico

- Cetonemia
- Cálculo de la brecha aniónica
- PH arterial

Es necesario realizar pruebas para analizar los niveles de electrolitos, urea en sangre, creatinina, glucosa, cetonas y osmolaridad en pacientes con sospecha de cetoacidosis diabética. Además, se debe evaluar la presencia de cetonas en la orina. Aquellos pacientes que muestren síntomas de deterioro general y aquellos con resultados positivos en la detección de cetonas deben someterse a un análisis de gases en la sangre arterial.

El diagnóstico de CAD se basa en una combinación de criterios, y las guías pueden variar en términos de los valores específicos. Sin embargo, algunos de los criterios clave incluyen:

- pH arterial $< 7,30$: Indica acidosis en el sistema arterial.
- Brecha aniónica > 12 : La brecha aniónica se refiere a la diferencia entre los aniones presentes en la sangre. Un valor elevado sugiere la presencia de cuerpos cetónicos en la sangre.
- Cetonemia: La presencia de cetonas en la sangre.

En cuanto a los niveles de glucosa en sangre, las guías pueden variar, pero comúnmente se especifica un nivel elevado, como > 200 mg/dL (11,1 mmol/L) o > 250 mg/dL (13,8 mmol/L). Sin embargo, es importante señalar que la cetoacidosis diabética puede ocurrir en algunos casos incluso con niveles normales o ligeramente elevados de glucosa en sangre. Por lo tanto, algunas guías no establecen un valor específico y consideran la evaluación clínica en conjunto con otros criterios para el diagnóstico de la CAD⁽²⁷⁾.

Además de los criterios clásicos para el diagnóstico de cetoacidosis diabética (CAD), existen otras anomalías en las pruebas de laboratorio que son características de esta condición, entre ellas:

- Nivel sérico de creatinina elevado
- Hiponatremia

- Aumento de la osmolaridad plasmática⁽²⁸⁾.

Tratamiento

Manejo general de la Cetoacidosis Diabética (CAD):

El manejo de la Cetoacidosis Diabética (CAD) implica varias estrategias para abordar sus múltiples componentes. Aquí se presentan algunos aspectos clave:

- La Corrección de la glucosa
- La optimización del volumen circulante
- La Corrección de la cetoacidosis y trastorno electrolítico:

Se busca corregir la acidosis mediante la administración de insulina y líquidos. Se monitorean los electrolitos, especialmente potasio, ya que suelen estar alterados.

- Abordaje de factores precipitantes
- Monitorización continua

Duración del tratamiento:

El tiempo de resolución varía según la severidad y las características individuales del paciente.

Se ajusta la terapia de acuerdo con la respuesta clínica y analítica.

La atención integral y personalizada es esencial en el manejo de la CAD. La monitorización continua, la pronta identificación de complicaciones y la adaptación del tratamiento son componentes críticos para mejorar el pronóstico y prevenir posibles complicaciones a largo plazo.

Hidratación – fluidoterapia

El propósito de la reanimación con líquidos es restaurar el volumen en un lapso de 24 a 36 horas, con la mitad de la cantidad administrada en las primeras 8 a 12 horas desde el inicio de los síntomas.

Déficits corporales de electrolitos en la CAD

La terapia electrolítica desempeña un papel crucial en el manejo de la Cetoacidosis Diabética (CAD) para abordar los déficits corporales de electrolitos.

-Los pacientes con CAD suelen presentar déficits corporales totales significativos de electrolitos séricos.

-Promedio de déficits por kg. de peso corporal:

Potasio: 3-5 mEq/kg.

Sodio: 7-10 mEq/kg.

Cloruro: 3-5 mmol/kg.

La terapia electrolítica debe ser personalizada según los valores específicos del paciente, y se debe realizar un monitoreo frecuente de los niveles de electrolitos para ajustar la terapia según sea necesario. La reposición cuidadosa de estos electrolitos contribuye a corregir los desequilibrios y mejorar la función fisiológica durante el tratamiento de la CAD ⁽²⁹⁾.

Complicaciones

El tratamiento de la cetoacidosis diabética es fundamental para revertir la condición y prevenir complicaciones graves. Sin embargo, existen posibles complicaciones asociadas con el tratamiento, que incluyen:

-Hipoglucemia: La administración de insulina y líquidos puede llevar a una rápida disminución de los niveles de glucosa en la sangre. Si esta disminución es demasiado rápida, puede resultar en hipoglucemia, lo cual es una situación potencialmente peligrosa.

-Hipopotasemia: La administración de líquidos e insulina en el tratamiento de la cetoacidosis diabética puede ocasionar una notable reducción en los niveles de potasio en la circulación sanguínea. Los bajos niveles de potasio pueden afectar el funcionamiento del corazón, los músculos y los nervios, y, por lo tanto, se administra potasio junto con otros minerales como parte del tratamiento.

-Edema cerebral: La pronta normalización de los niveles de glucosa en la sangre puede causar inflamación cerebral, especialmente en niños que han sido recientemente diagnosticados con diabetes. Esto resalta la importancia de una corrección gradual y cuidadosa de los niveles de glucosa para prevenir complicaciones.

A pesar de estas posibles complicaciones del tratamiento, es fundamental tratar la cetoacidosis diabética de manera oportuna, ya que, si no se trata, puede llevar a la pérdida de conocimiento y, con el tiempo, resultar fatal. Por lo tanto, la supervisión médica continua es esencial durante el tratamiento de esta condición^(30,31).

3.4.2 ITU complicada

En el caso 2 trata de una paciente femenina de 89 años, refiere que presenta dolor abdominal bajo asociado a disuria y polaquiuria, hace un día presentó sensación de alza térmica no cuantificada, la hemoglobina está en 10.0g/dL, El examen clínico se observó alterado P. A 155/79mmHg, FC 103 latidos por minuto, temperatura 38°C. Paciente con antecedente patológico de hipertensión arterial (con tratamiento irregular), el examen de orina se encuentra color amarillo, aspecto turbio, densidad 1.025, pH 6, sangre 2+, en el examen microscópico (sedimento) células epiteliales escasas, leucocitos más de 100 por campo, hematíes 8-10 por campo, gérmenes 3+ por lo que se le diagnóstica síndrome febril, ITU complicada, HTA no controlada, adulto mayor frágil, el plan de trabajo es hospitalizarla, con una evolución favorable, seguimiento de urocultivo, y perfil tiroideo, con las siguientes indicaciones dieta blanda más LAV, NaCl 0.9% 1000 cc XV gotas por minuto, ceftriaxona 2 g ev cada 24 horas, hioscina 20 mg ev cada 8 horas, levotiroxina 50 mg vo cada 24 horas, metamizol 1 gr PRN a T>38.3°C, losartan 50mg vo cada 12 horas, captopril 25 mg condicional a PA >140/90mmHg, control de funciones vitales, por lo cual se continua con antibiótico hasta el alta.

El tracto urinario, en su mayoría, se considera estéril, a excepción del segmento más distal de la uretra. Cuando se produce la introducción de microorganismos patógenos en el sistema urinario, puede dar lugar a infecciones del tracto urinario (ITU). Este término abarca una variedad de cuadros clínicos que varían según la localización de la infección y el tipo de paciente afectado.

Las ITU pueden clasificarse en diferentes categorías, como cistitis (infección de la vejiga), uretritis (infección de la uretra), pielonefritis (infección de los riñones), entre otras. Además, se distingue entre infecciones no complicadas

y complicadas, dependiendo de la presencia de factores que puedan aumentar la gravedad o la recurrencia de la infección. Es esencial identificar el tipo específico de infección del tracto urinario para proporcionar el tratamiento adecuado y prevenir complicaciones. La prescripción de antibióticos y otras medidas terapéuticas se determina según la gravedad y la localización de la infección⁽³²⁾.

Patogenia

El proceso de invasión del sistema urinario, que conduce a infecciones del tracto urinario (ITU), típicamente implica la migración de microorganismos uropatógenos a través de la uretra. El *Escherichia coli* (*E. coli*) es el uropatógeno más frecuentemente asociado con las ITU, aunque otros microorganismos también pueden tener un papel relevante. Estos microorganismos uropatógenos, usualmente presentes en la flora rectal, pueden colonizar regiones cercanas a la uretra, como el periné y el introito. La colonización es facilitada por los factores de virulencia bacteriana, que incluyen la presencia de estructuras como las fimbrias. Las fimbrias son apéndices en la superficie bacteriana que les permiten adherirse a las mucosas del tracto urinario. Una vez que la colonización se ha establecido, los microorganismos pueden ascender a través de la uretra hacia la vejiga y, en algunos casos, alcanzar los riñones, dando lugar a diversos tipos de ITU, como cistitis y pielonefritis.

El conocimiento de estos mecanismos es crucial para entender la patogénesis de las ITU y desarrollar estrategias de prevención y elección del tratamiento. Dicho tratamiento será dirigido al germen sospechado e iniciar antibioticoterapia empírica hasta la reevaluación con resultados de urocultivo. La adhesión de microorganismos uropatógenos en el sistema urinario también se ve influenciada por factores genéticos expresados en los epitelios de las mujeres. Además, la deficiencia de estrógeno puede tener un impacto significativo en la salud del tracto urinario femenino.

Etiología

La bacteria *Escherichia coli* (*E. coli*) es la responsable de la mayoría de los casos de infecciones del tracto urinario (ITU) y está ampliamente asociada con esta condición. No obstante, existen diferencias geográficas y demográficas en las bacterias que causan las ITU.

En algunos países el *Staphylococcus saprophyticus* es una causa significativa de ITU, especialmente en mujeres jóvenes sexualmente activas. Esta bacteria suele ser menos frecuente en otras poblaciones o regiones.

La susceptibilidad a diferentes tipos de bacterias causantes de ITU puede depender de factores como la actividad sexual, la anatomía, la edad y la salud general de la población. Es importante tener en cuenta estas variaciones al considerar el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones del tracto urinario.

En situaciones de infecciones del tracto urinario (ITU) recurrentes, nosocomiales (relacionadas con la atención médica) o complicadas, la composición de las bacterias causantes puede variar y la resistencia a los antibióticos puede ser un problema significativo. Aumento de la frecuencia relativa de ciertas bacterias: En infecciones recurrentes o complicadas, se observa un cambio en la frecuencia relativa de ciertos patógenos. *Proteus*, *Pseudomonas*, *Klebsiella*, *Enterobacter* y *enterococos* son ejemplos de bacterias que pueden ser más prevalentes en estas situaciones.

Presencia de *E. coli* resistente a antibióticos: En algunos casos, *E. coli*, que es comúnmente asociada con ITU, puede desarrollar resistencia a ciertos antibióticos, lo que complica el tratamiento.

Diagnóstico: Métodos de recolección de muestras de orina en niños

La identificación de infecciones del tracto urinario (ITU) comúnmente implica la obtención de un urocultivo antes de iniciar la terapia antibiótica. Este procedimiento es fundamental para asegurar un diagnóstico certero y facilitar un tratamiento específico basado en los resultados del antibiograma.

- Urocultivo previo al tratamiento:

Antes de comenzar cualquier tratamiento antibiótico, se busca obtener una muestra de orina para el urocultivo. Esto se realiza para identificar la presencia de bacterias en el tracto urinario y determinar el tipo específico de bacterias presentes.

-El antibiograma:

Es un análisis de laboratorio que evalúa la sensibilidad de las bacterias a diferentes antibióticos. Los resultados del antibiograma son cruciales para elegir el tratamiento antibiótico más efectivo y evitar el uso innecesario de antibióticos de amplio espectro.

Este enfoque orientado al diagnóstico y tratamiento específico es crucial en el cuidado pediátrico para garantizar la eficacia del tratamiento, minimizar la resistencia antibiótica y mejorar los resultados clínicos a largo plazo.

-Interpretación del urocultivo:

El urocultivo es esencial tanto para diagnosticar como para tratar de manera precisa la infección del tracto urinario (ITU). Se trata de un método cuantitativo, y aunque las directrices existentes no coinciden en un punto de corte específico, este consenso establece que cualquier recuento bacteriano en orina obtenida mediante punción suprapúbica (PSP) de $\geq 10,000$ UFC/ml o en la orina obtenida por sondaje vesical (SV) de $\geq 100,000$ UFC/ml, y en el caso de la micción espontánea, de igual manera $\geq 100,000$ UFC/ml, se considera bacteriuria significativa.

Diagnóstico por imagen

Se recomienda solo en los casos de infección del tracto urinario (ITU) que requieran hospitalización, cuando haya sospecha de complicaciones o en casos de ITU recurrente durante el episodio agudo. En situaciones diferentes, su realización no está indicada o puede posponerse.

Gammagrafía

La evaluación del daño renal puede llevarse a cabo mediante gammagrafía en la fase aguda, aunque solo alrededor del 15% de los casos resultan en un daño renal permanente. Por esta razón, en la actualidad no se aconseja rutinariamente realizar esta prueba durante la fase aguda, a menos que existan circunstancias excepcionales donde las pruebas microbiológicas no puedan confirmar la sospecha clínica.

Tratamiento

La principal meta del tratamiento es proporcionar alivio sintomático a los pacientes afectados, y con el uso adecuado de antibióticos, por lo general se observa una respuesta clínica dentro de las primeras 24 horas en casos de cistitis, y dentro de las primeras 48-72 horas en casos de pielonefritis. El objetivo del tratamiento antibiótico es aliviar los síntomas, reducir el riesgo de sepsis y minimizar las posibles complicaciones. El tratamiento temprano es especialmente crucial en casos de ITU febril, en niños con apariencia séptica, en personas con inmunodeficiencias o con anomalías nefrourológicas conocidas.

A pesar de las variaciones regionales, en España más del 60% de los aislamientos de *Escherichia coli* son resistentes a la amoxicilina o ampicilina, y entre un 20-40% muestran resistencia al cotrimoxazol. Por lo tanto, ninguno de estos antimicrobianos se recomienda para el tratamiento empírico de la ITU.

Las cefalosporinas de primera generación y amoxicilina-clavulánico presentan porcentajes de resistencia crecientes en los últimos años en nuestro país, alcanzado cifras superiores al 15% en algunas áreas, si bien existe una gran variabilidad entre las distintas regiones⁽³³⁾.

Las infecciones del tracto urinario (ITU) son motivo frecuente de consulta, especialmente entre mujeres en edad reproductiva, lo que subraya la importancia de brindar un enfoque adecuado y educativo para modificar los factores de riesgo asociados con esta afección. Esto puede contribuir significativamente a reducir la incidencia de ITU.

En relación con la elección del tratamiento antibiótico, es crucial considerar la causa subyacente, el espectro de sensibilidad, la tolerabilidad, posibles reacciones adversas, así como el costo y la disponibilidad de los medicamentos. Un abordaje que combine el tratamiento efectivo con la educación del paciente puede ayudar no solo a tratar la ITU actual, sino también a prevenir futuras recurrencias y promover la salud urológica a largo plazo ^(34,35).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz proporcionó un entorno propicio para el crecimiento tanto personal como profesional de los internos de medicina. El internado médico ha sido una experiencia crucial para la formación profesional proporcionando oportunidades para vivir experiencias médicas significativas como enfrentarse a diversas situaciones clínicas y desarrollar habilidades prácticas. La práctica clínica durante el internado brinda la oportunidad de aprender a reaccionar de manera adecuada ante diferentes situaciones médicas, desarrollando una mejor capacidad de toma de decisiones en entornos clínicos

El contacto directo con pacientes y la gestión de casos en tiempo real dentro del hospital han sido aspectos cruciales para comprender la complejidad y la diversidad de la práctica médica. Esta interacción diaria no solo ha enriquecido el conocimiento técnico, sino que también ha fortalecido habilidades comunicativas y empáticas, esenciales para establecer relaciones de confianza con los pacientes. Adicionalmente, la colaboración de un equipo multidisciplinario brinda la oportunidad de reconocer la importancia de trabajar de manera conjunta en el entorno de la salud, permitiendo apreciar diversas perspectivas, experticias en la atención y el manejo de los pacientes.

Además, el enfrentamiento con los límites de la medicina y la toma de decisiones éticamente complejas ha sido un componente esencial de mi desarrollo profesional durante el período de internado. Estas experiencias han sido fundamentales para la construcción de mi identidad médica, ya que he tenido que ponderar mis valores éticos en situaciones de la vida real que desafían la moral y requieren una reflexión profunda. Esta reflexión crítica ha sido instrumental en el desarrollo de una comprensión más profunda del papel como médico que tenemos en la sociedad. Reconociendo la responsabilidad inherente a esta profesión y la importancia de comprometerse con una formación continua para proporcionar una mejor atención posible a nuestros futuros pacientes.

CONCLUSIONES

1. El último año de instrucción clínica en la formación de pregrado en Medicina General es crucial para el futuro médico. Durante este periodo, los internos en formación no sólo adquieren habilidades para discernir las manifestaciones clínicas diversas asociadas con cada entidad nosológica en los pacientes evaluados, sino que también aplican de manera integral sus conocimientos académicos y clínicos, con el fin de proporcionar un tratamiento holístico y óptimo a cada individuo.

2.-Los internos alcanzan el dominio de las competencias necesarias a través de sus prácticas preprofesionales en centros hospitalarios, destacando el énfasis en la bioseguridad mediante el uso de equipos provistos por las instituciones sanitarias. En las rotaciones de urgencias, se priorizó la adhesión a protocolos como la higiene de manos, sin descuidar el fortalecimiento de la praxis médica y la empatía humana.

3.-La relación médico-paciente constituye el pilar de la atención sanitaria de excelencia. Mantener una interacción adecuada facilita la realización de una anamnesis exhaustiva, exploración física, formulación diagnóstica y plan terapéutico efectivo, lo cual es fundamental para el mejoramiento del estado de salud del paciente.

RECOMENDACIONES

1. La comunicación asertiva desempeña un papel fundamental en la promoción de un entorno laboral efectivo en equipo. Favorece la colaboración y la coordinación entre los profesionales de la salud, lo que permite un enfoque holístico en la atención de los pacientes. Una comunicación clara y eficiente mejora la experiencia durante el internado, permitiendo un mejor aprovechamiento de los conocimientos y habilidades. Facilita la transmisión de conocimientos, la resolución de problemas y la participación activa de todos los miembros del equipo. Promoción del respeto y la responsabilidad, la comunicación asertiva propicia un ambiente en el que se fomenta el respeto mutuo y la responsabilidad individual. Cada miembro del equipo comprende su rol y contribuye al objetivo común de brindar una atención de calidad. En el ámbito de la atención médica, donde el trabajo en equipo es esencial, la comunicación asertiva se convierte en una habilidad fundamental. Promueve la colaboración efectiva, optimiza la toma de decisiones y beneficia el bienestar tanto de los profesionales de la salud como de los pacientes.

2. La empatía establece un vínculo emocional entre el personal de salud y el paciente, fortaleciendo la relación y promoviendo una comunicación más abierta y efectiva. Al mostrar empatía hacia el paciente, el personal de salud crea una cercanía que puede fomentar la confianza, siendo crucial para establecer una relación colaborativa en la toma de decisiones sobre la salud del paciente. La empatía no solo mejora la experiencia del paciente, sino que también puede tener impactos positivos en los resultados clínicos. La comprensión y la conexión emocional entre el personal de salud y el paciente son pilares fundamentales de la atención médica centrada en el paciente.

3. Promover el adecuado uso de equipo de protección es crucial, especialmente en entornos de atención médica o situaciones donde se requiera protección personal, el equipo de protección individual (EPI) es esencial para proteger a los profesionales de la salud contra posibles riesgos biológicos, químicos o físicos presentes en el entorno de trabajo.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Rivas A. DURANTE EL INTERNADO DE MEDICINA SE FORMAN LOS ASPECTOS ACADÉMICOS Y ÉTICO-MORALES [Internet]. Colegio Médico del Perú - Consejo Nacional. 2022 [citado el 25 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/durante-el-internado-de-medicina-se-forman-los-aspectos-academicos-y-etico-morales/>
2. Salud en Perú: te explicamos cómo es el sistema de salud en el país. [Internet]. VenInformado InfoPa'lante - Plataforma de información y orientación para migrantes y refugiados en Perú. [citado el 25 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.veninformado.pe/vivir-en-peru/salud/salud-en-peru/>
3. Cosavalente-Vidarte O, Zevallos L, Fasanando J, Cuba-Fuentes S. Proceso de transformación hacia las redes integradas de salud en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2019; 36:319–25. doi:10.17843/rpmesp.2019.362.4623
4. Colecistitis crónica - Trastornos hepáticos y biliares [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado el 14 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-hep%C3%A1ticos-y-biliares/trastornos-de-laves%C3%ADcula-biliar-y-los-conductos-biliares/colecistitis-cr%C3%B3nica?query=Colecistitis>
5. Colecistitis crónica litiásica agudizada: una consulta frecuente en la guardia médica [Internet]. [citado el 25 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0026-17422018000400035&script=sci_arttext
6. Vera-Portilla AF, Vera-Portilla W, Añazco H, Vera-Portilla AF, Vera-Portilla W, Añazco H. Hernia inguinal tubo-ovárica izquierda estrangulada. Anales de la Facultad de Medicina. 2022;83(4):353–5. doi:10.15381/anales.v83i4.23705

7. Fonseca S. FK, Lorenzo M. A, Rey V. YS, Llópiz S. R, Fonseca S. FK, Lorenzo M. A, et al. Factores de riesgo asociados a la hernia inguinal recurrente en el adulto mayor. *Revista de cirugía*. 2019;71(1):61–5. doi:10.4067/S2452-45492019000100061
8. Carrera Laureán N, Camacho López MR, Carrera Laureán N, Camacho López MR. Tipo de hernia inguinal encontrado en la población general, según la clasificación de Nyhus. *Cirujano general*. 2018;40(4):250–4.
9. Robaina HF, Torres RC, Izquierdo OM, Hernández AB, Ramos YAM. Tratamiento de la hernia inguinal por cirugía laparoscópica. *Revista Cubana de Cirugía*. 2021;60(2):1–10.
10. Arévalo Barea AR, Arévalo Salazar DE, Villarroel Subieta CJ, Fernandez Hoyos I, Espinoza Mercado G. ENFERMEDAD INTESTINAL INFECCIOSA (DIARREA). *Revista Médica La Paz*. 2019;25(1):73–85.
11. Beltrán Castro M, Muñoz Pedraza D. Enfoque y manejo de la enfermedad diarreica agua: revisión de la literatura. *Archivos de medicina*. 2022;18(7):2.
12. Huber C, Orrego MV, Ortiz F, Álvarez M, Weiler N, Huber C, et al. Prevalencia de patógenos causantes de enfermedad diarreica aguda en el área Metropolitana de Asunción y Central. *Revista de salud pública del Paraguay*. 2019;9(2):41–5. doi: 10.18004/rspp.2019.diciembre.41-45
13. Flores CRR, Vergara ALM. CRISIS ASMÁTICA. *Tesla Revista Científica [Internet]*. 2021 [citado el 25 de febrero de 2024]; doi:10.55204/trc.v9789i8788.41
14. Meléndez Sarmiento LB. Nivel de conocimiento de los padres sobre asma bronquial asociado a crisis asmática en preescolares y escolares atendidos en emergencia pediátrica del Hospital PNP “Luis Nicasio Sáenz” 2019. Universidad Ricardo Palma; 2020 [citado el 25 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/3230>

15. Asensi Monzó M. Crisis de asma. *Pediatría Atención Primaria*. 2017;19:17–25.
16. Factores de riesgo y síntomas de asma infantil en estudiantes de dos colegios de Cali [Internet]. [citado el 25 de febrero de 2024]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072021000200085
17. Velaña Sinchiguano JE, Montalvo-Corral M, Ambi Muñoz RE. Parto presentación pelviana. Revisión de caso. *Dominio de las Ciencias*. 2020;6(2):616–35.
18. Churio CMT, Vélez LIG. Miomatosis uterina:: enfoque terapéutico. *Curso de Actualización en Ginecología y Obstetricia*. 2021;25–34.
19. León MFC, Acosta JAH, Godoy MFB, Ormaza YCB, Granda RIM, Escobar MNV. Miomatosis uterina, un desafío terapéutico en ginecología y fertilidad. Artículo de revisión de la literatura. *Medicinas UTA*. 2022;6(2):60–5. doi:10.31243/mdc.uta.v6i2.1626.2022
20. Miomas uterinos - Ginecología y obstetricia [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado el 14 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/miomas-uterinos/miomas-uterinos>
21. Fernández Vásquez DN. Eficacia del uso del acetato de ulipristal en pacientes sintomáticas con miomatosis uterina. Revisión sistemática y metaanálisis. Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Medicina Humana; 2022 [citado el 25 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/9363>
22. Grilli MN, Zencich D, Mejías C, Macció J, Forestieri OÁ, Uranga A. Miomatosis uterina [Internet]. Universidad Nacional de La Plata (UNLP); 2022 [citado el 25 de febrero de 2024]. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/147699>

23. Merino A. Manejo de miomatosis uterina. *Metro Ciencia*. 2023;31(2):92–5. doi:10.47464/MetroCiencia/vol31/2/2023/92-95
24. Préaubert L, Netter A, Pivano A, Tourette C, Crochet P, Miquel L, et al. Miomectomía por laparotomía. *EMC - Ginecología-Obstetricia*. 2023;59(2):1–9. doi:10.1016/S1283-081X(23)47727-2
25. Sandeliz Cárdenas ED, González Rivera A, Pérez López A, Sandeliz Cárdenas ED, González Rivera A, Pérez López A. Miomectomía múltiple por vía abdominal. *Medicentro Electrónica*. 2021;25(1):113–20.
26. Zúñiga GV, Guillén MJS, Cruz AVV. Cetoacidosis diabética: revisión de literatura. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*. 2023;7(2):21–8. doi:10.34192/cienciaysalud.v7i2.501
27. Ferreira J, Facal J. Manejo diagnóstico y terapéutico de la cetoacidosis diabética. 2020;103–12.
28. García Pascual M del C, Loren Aguilar MC, García Fernández IM, García Miguel P, García Romero L, Rubio Martínez A. Urgencias en pacientes diabéticos: cetoacidosis diabética. *Revista Sanitaria de Investigación*. 2023;4(1 (Enero)):184.
29. Diagnóstico y tratamiento de la cetoacidosis diabética | RECIAMUC [Internet]. [citado el 25 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/495>
30. Elizondo DSP, Morales KPC, Fernández RV. Manejo de la cetoacidosis diabética. *Revista Medica Sinergia*. 2022;7(7):e864–e864. doi:10.31434/rms.v7i7.864
31. Barrera Zambrano NA, Ratti Torres AI, Flores Subia DL, Quiñonez García KJ. Diagnóstico y tratamiento de la cetoacidosis diabética. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*. 2020;4(Extra 1 (ESP)):200–9.

32. Oliveira MS, Trindade G do NC, Machado KLB, Santos M do CM, Oliveira EH de. Principais bactérias encontradas em uroculturas de pacientes com Infecções do Trato Urinário (ITU) e seu perfil de resistência frente aos antimicrobianos. *Research, Society and Development*. 2021;10(7):e5310716161–e5310716161. doi:10.33448/rsd-v10i7.16161
33. Mora AS, Castillo AS, Vargas XR. Actualización del manejo de infecciones de las vías urinarias no complicadas. *Revista Medica Sinergia*. 2020;5(2):e356–e356. doi:10.31434/rms.v5i2.356
34. Guzmán N, García-Perdomo HA, Guzmán N, García-Perdomo HA. Novedades en el diagnóstico y tratamiento de la infección de tracto urinario en adultos. *Revista mexicana de urología [Internet]*. 2020 [citado el 25 de febrero de 2024];80(1). doi:10.48193/rmu.v80i1.546
35. Díaz Santos E, Mora Jiménez C, del Río-Carbajo L, Vidal-Cortés P. Tratamiento de las infecciones graves por *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente. *Medicina Intensiva*. 2022;46(9):508–20. doi:10.1016/j.medin.2022.03.015

ANEXOS

Anexo 1

Tabla 2. Resumen de la clasificación de Nyhus para las hernias inguinales.

TIPO I	Hernia indirecta. Anillo interno normal.	
TIPO II	Hernia indirecta. Anillo dilatado sin impacto en el suelo del conducto. No llega a escroto.	
TIPO III	IIIA	Hernia directa de cualquier tamaño.
	IIIB	Hernia indirecta que afecta pared posterior. Hernias escrotales y en pantalón.
	IIIC	Hernia crural
TIPO IV	Hernia recurrente	

Anexo 2

TABLA 1. Antibióticos más utilizados en el tratamiento de la EDA infecciosa (4)

Antibiótico	Dosis, frecuencia y dosis máxima diaria	Formas de dosificación oral	Genérico disponible	Comentarios/Efectos adversos
Vía oral				
Macrólidos				
Azitromicina	Día 1 = 10 mg/kg Dosis max.: 500 mg Días 2 a 5= 5 mg/kg Dosis máx: 250 mg Tomado una vez al día	Suspensión (por 5 mL): 100 o 200 mg 250 mg cápsulas	Si	Trastornos digestivos. Convulsiones. Artralgia. Hepatitis y falla hepática
Eritromicina	40 – 50 mg/kg/día Dosis max. diaria 2 g (expertos sugieren el empleo de estolato) Aplicado como: 10-15 mg/kg cuatro veces/día	Suspensión (por 5 mL): Succinato: 125 mg /60 mL) 200 mg (60 mL) 250 mg (60 mL) Tabletas: 500 mg	Si	·Puede causar hepatotoxicidad idiopática. ·Reducir la dosis en compromiso renal severo ·Náusea, vómitos, diarrea, reacciones alérgicas, ictericia colestásica, pancreatitis, efectos cardíacos, síndrome miasténico, síndrome de Stevens-Johnson y necrosis epidémica tóxica.
Quinolonas				
Ciprofloxacina	20 – 30 mg/día Dosis max. diaria 1,5 g Tomado como: 10 a 15 mg/kg, dos veces al día	Suspensión (por 5 mL): 250 o 500 mg 250 o 500 mg/cápsulas	Si	Cuidado en casos de compromiso renal
Betalactámicos				
Cefixima	8 mg/kg/día Dosis max. diaria 400 mg Tomado como: 4 mg/kg, dos veces al día u 8 mg/kg/día	Suspensión (por 5 mL): 250 o 500 mg 250 o 500 mg/cápsulas	Si	Reacciones alérgicas. Diarrea, náusea y vómitos.
Vía parenteral				
Ceftriaxona	50 a 75 mg/kg/día Dosis max. Diaria 1 g (en infecciones severas, la dosis max diaria: 4 g). Aplicado como: 25 – 40 mg/kg, dos veces al día	Frasco ampolla: 500 mg 1 g	Si	Falla renal Falla hepática Cuidado en pacientes deshidratados Precipita en orina

Modificado de CCHMC (Cincinnati Children's Hospital Medical Center).
Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. British National Formulary for children, 2009 update. Desktop 18.2.
Last literature review version 18.2: May 2010.

Anexo 3

Puntuación*	Frecuencia respiratoria		Sibilancias	Uso de músculos accesorios-esternocleidomastoideo
	< 6 años	≥ 6 años		
0	< 30	< 20	No	No
1	31-45	21-35	Final espiración (estetoscopio)	Incremento leve
2	46-60	36-50	Toda la espiración (estetoscopio)	Aumentado
3	> 60	> 50	Inspiración y espiración, sin estetoscopio**	Actividad máxima

*Se puntúa de 0 a 3 en cada uno de los apartados (mínimo 0, máximo 9).

**Si no hay sibilancias y la actividad del esternocleidomastoideo está aumentada, puntuar el apartado sibilancias con un 3.

Crisis leve: 0-3 puntos; moderada: 4-6 puntos; grave: 7-9 puntos.

El uso de músculos accesorios se refiere solo al esternocleidomastoideo, que es el único músculo que se ha correlacionado bien con el grado de obstrucción.

Fármaco	Forma de administración	Dosis
Salbutamol*	MDI con cámara (0,1 mg/puls.)	Crisis leve: 2-4 puls. Crisis moderada: 4-8 puls. Crisis grave: 8-10 puls.
	DPI (sistema Novolizer®) (0,1 mg/puls.)	Crisis leve: 1-2 inhalaciones Crisis moderada y grave: no recomendado
	Nebulización intermitente	0,15 mg/kg de peso (mín. 2 mg, máx. 5 mg)
	Ventolin® solución para nebulización: 5 mg/ml	Diluir en 2 cc de suero fisiológico 0,15 mg/kg/dosis (0,03 ml/kg/dosis)
	Salbuair® ampollas de solución para nebulización: 2,5 mg/2,5 ml (1 mg/1 ml) 5 mg/2,5 ml (2 mg/ml)	Utilizar directamente sin diluir 0,15 ml/kg/dosis 0,075 ml/kg/dosis
Terbutalina	DPI (sistema Turbuhaler®) (0,5 mg/inhalación)	Crisis leve: 1 a 2 inhalaciones Crisis moderada y grave: no recomendado
Prednisona Prednisolona	Oral, intramuscular o intravenoso	Crisis leves y moderadas: 0,5-1 mg/kg (máximo 40 mg/día) de prednisona o dosis equipotentes Crisis graves: 2 mg/kg (máximo 40 mg/día) de prednisona o dosis equipotentes
Bromuro de ipratropio	MDI (20 µg/puls.)	Solamente en crisis graves: 2 a 4 <i>puffs</i> (40-80 µg)
	Nebulización intermitente (solución nebulización: 250 y 500 µg/ml)	Solamente en crisis graves: 250 µg (< 20 kg)-500 µg (> 20 kg) (diluido junto al salbutamol en 2 ml de suero fisiológico)
Oxígeno	Mascarilla facial o gafas nasales	FiO ₂ 100%, flujo de 6 a 8 l/min.
Adrenalina	Intramuscular (1:1000, 1 mg/ml)	0,01 mg/kg/dosis (máximo 0,4 mg/dosis), máximo 3 dosis (cada 20 minutos)

*Actualmente, en diferentes CC. AA., las presentaciones de salbutamol solución para nebulización están siendo sustituidas por ampollas monodosis de 2,5 mg/2,5 ml, por lo que para pautar la dosificación es aconsejable hacerlo en mg en vez de en ml, para evitar errores y mejorar la seguridad del paciente.