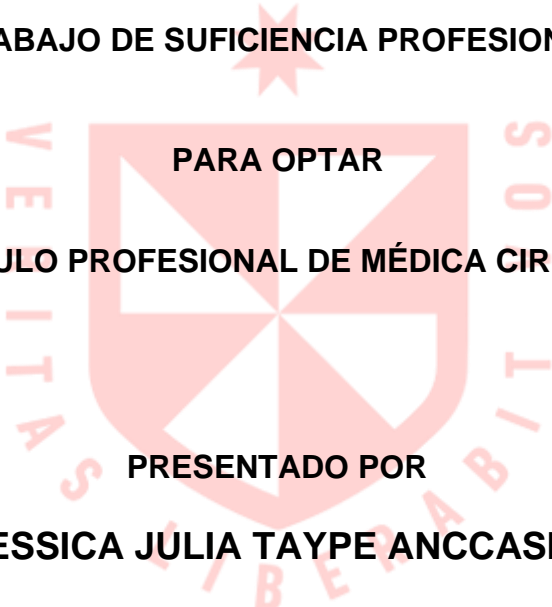


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS
VILLA EL SALVADOR 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL



**PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA
PRESENTADO POR
JESSICA JULIA TAYPE ANCCASI**

ASESOR

MARTIN HECTOR SEGUNDO VASQUEZ SEGURA

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 MÉDICA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS
VILLA EL SALVADOR 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
JESSICA JULIA TAYPE ANCCASI**

**ASESOR
MC MARTIN HECTOR SEGUNDO VASQUEZ SEGURA**

**LIMA-PERÚ
2024**

JURADO

Presidente: Dr. HECTOR MIGUEL LAMILLA VALDEZ

Miembro: Dra. GIOVANNA ITALA AGUILAR OLIVA

Miembro: Dr. LINCOLN FLORENCIO BLACIDO TRUJILLO

DEDICATORIA

En primer lugar, a Dios por guiar perpetuamente mi camino; a mis padres por su amor, paciencia, confianza y esfuerzo a lo largo de estos años; ellos me brindaron su apoyo incondicional para cumplir con mis objetivos trazados.

AGRADECIMIENTOS

A los docentes y médicos que contribuyeron en mi formación, brindándome sus enseñanzas y apoyo constante para poder realizarme como un futuro profesional de la salud.

A mi alma máter, por darme las herramientas necesarias y ser el medio de la formación profesional, humanística y asistencial.

ÍNDICE

JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	
iv	
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1.1 Cirugía General	4
1.1.2 Pediatría	7
1.1.3 Ginecología Y Obstetricia	10
1.1.4 Medicina Interna	12
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	16
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	19
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	39
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	42
BIBLIOGRAFÍA	43

RESUMEN

Objetivo: Evaluar las competencias profesionales adquiridas y la implementación de conocimientos obtenidos durante la formación académica en medicina. **Materiales y métodos:** Se describe la experiencia profesional en esta institución de salud, mediante la exposición y manejo de 8 casos clínicos que fueron diagnosticados, analizados y tratados en las diversas especialidades médicas. **Resultados:** El internado médico busca validar la práctica clínica realizada, fundamentándose en la educación universitaria recibida y en la orientación de mentores académicos. Se enfatiza en el enfoque de razonamiento clínico aplicado, y se realiza un cotejo con fuentes bibliográficas actuales en el campo médico. **Conclusión:** Los internos de medicina logran la maestría en habilidades clínicas esenciales a través de sus prácticas clínicas en establecimientos hospitalarios, enfatizando la importancia de la bioseguridad mediante el uso de equipamiento proporcionado por los entes de salud.

Palabras clave: Internado médico, prácticas clínicas

ABSTRACT

Objective: To evaluate the professional skills acquired and the implementation of knowledge obtained during academic training in medicine. **Materials and methods:** The professional experience in this health institution is described, through the presentation and management of 8 clinical cases that were diagnosed, analyzed and treated in various medical specialties. **Results:** The medical internship seeks to validate the clinical practice carried out, based on the university education received and the guidance of academic mentors. The applied clinical reasoning approach is emphasized, and a comparison is made with current bibliographic sources in the medical field. **Conclusion:** Medical interns achieve mastery in essential clinical skills through their clinical practices in hospital establishments, emphasizing the importance of biosafety through the use of equipment provided by health entities.

Keywords: Medical internship, clinical practices

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL
DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR
2023**

AUTOR

JESSICA JULIA TAYPE ANCCASI

RECUENTO DE PALABRAS

15329 Words

RECUENTO DE CARACTERES

90247 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

64 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

266.6KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 16, 2024 11:08 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 16, 2024 11:10 AM GMT-5

● **15% de similitud general**

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

- 15% 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 internado clínico constituye un componente esencial del currículo académico en la formación médica. Este período, que dura un año, es crucial para la consolidación y aplicación de competencias y conocimientos adquiridos a lo largo del proceso educativo. Permite a los internos implementar de manera efectiva las habilidades teóricas en el cuidado clínico de los pacientes. Durante este internado, los estudiantes tienen la oportunidad de identificar riesgos sanitarios, implementar estrategias de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para abordar los principales desafíos de salud, todo ello bajo principios éticos y humanísticos.

El 6 de abril se celebra anualmente el Día del Interno de Medicina, con lo cual se reconoce esta fase crucial como un componente integral de la formación médica, donde los estudiantes aplican de manera práctica los conocimientos teóricos adquiridos⁽¹⁾. Por la pandemia en el internado se realizaron varias alteraciones que tuvieron un impacto directo en la ejecución de las tareas del practicante médico. Estas incluyeron la disminución del período de prácticas a 10 meses. Además, al seleccionar la ubicación de las prácticas, el 50 % de estas se llevarían a cabo en centros de salud. Además, se presentó la opción de realizar las prácticas en instalaciones de las fuerzas armadas, sujeto al cumplimiento de ciertos criterios, donde la totalidad de las rotaciones se efectuarían en la misma institución.

Las rotaciones abarcan cuatro áreas principales: Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología-Obstetricia y Pediatría, donde se refuerzan habilidades médico-quirúrgicas y humanísticas para la atención al paciente. Los Internos reciben supervisión y asesoría continuas, la disponibilidad de plazas asignadas son por el Ministerio de Salud (Minsa), las Fuerzas Armadas, EsSalud y entidades privadas de salud. El propósito fundamental de este texto es detallar la obtención de competencia profesional de una interna en Hospital de Emergencias Villa El Salvador ambos pertenecientes al Minsa de Lima, Perú y la secuencia integral de educación y capacitación a lo largo del período

de prácticas clínicas en medicina en el 2023. A pesar de ciertas restricciones, la práctica clínica resultó ser una experiencia valiosa y fructífera para el desarrollo profesional en medicina. Este trabajo se elaboró con el propósito de documentar las habilidades y conocimientos adquiridos a través del análisis de 8 casos clínicos representativos de diversas rotaciones médicas, en los que cada paciente representó una fuente única de aprendizaje.

Se aborda, además, 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. Se aspira a que este documento contribuya al conocimiento y mejora de futuros profesionales médicos en relación con la implementación efectiva de la práctica médica.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El proceso educativo para obtener el título de médico cirujano, en Perú, se extiende por un lapso de siete años y se divide en tres etapas formativas que combinan teoría y práctica. Inicialmente, la etapa de Ciencias Básicas enfatiza en la instrucción teórica fundamental. Posteriormente, se procede a la fase Clínica, seguida de la etapa final del Internado Médico. Conforme al programa de estudios, estos siete años se fraccionan en ciclos semestrales, resultando en dos ciclos por año académico.

Ciencias básicas

Durante los tres primeros años académicos de la formación médica, que comprenden seis ciclos, se cubren materias fundamentales y generales vitales para el desarrollo futuro en la disciplina de la Medicina Humana. El primer año académico incluye asignaturas como Matemáticas, Psicología General, Lingüística, Filosofía, Química, Técnicas Básicas en Medicina, Informática Aplicada a la Medicina, y Actividades Extracurriculares como Danzas Folclóricas y Baloncesto (primer ciclo), seguido por Antropología, Inglés Elemental, Biología Celular, Física Aplicada a la Medicina y Salud Pública (segundo ciclo). En el segundo año, el tercer ciclo abarca Anatomía Humana I y II, Embriología, Histología, Bioestadística, Inglés Intermedio; y el cuarto ciclo incluye Inmunología Fundamental, Bioquímica, Microbiología, Parasitología e Inglés Técnico en Medicina. El tercer año contempla en el quinto ciclo asignaturas como Fisiología Humana, Epidemiología, Psicología Clínica; y el sexto ciclo se enfoca en Metodología de Investigación Científica, Fisiopatología, Patología General, Farmacología y Ética Médica.

Esta etapa marca el primer contacto de los estudiantes con el sistema de salud en Perú, principalmente en los cursos de Salud Pública y Epidemiología durante el primer y tercer año, respectivamente. Los estudiantes se integran en equipos distribuidos en diferentes instalaciones de atención primaria para realizar prácticas preclínicas, lo que les permite un primer acercamiento a las

iniciativas sanitarias a nivel nacional y a las problemáticas sociales y de salud de las comunidades vinculadas a los centros de salud.

Clínica

En esta fase del currículo médico, los aprendices en el campo de la Medicina adquieren y perfeccionan competencias en la presentación, el análisis y la gestión de casos clínicos. Inicialmente, se pone un énfasis particular en la documentación exhaustiva de historiales clínicos, marcando así el inicio del proceso de atención médica. Esto incluye el establecimiento de una comunicación efectiva médico-paciente, la elaboración detallada de la anamnesis y la evaluación de antecedentes fisiopatológicos, tanto individuales como hereditarios. Posteriormente, con una comprensión profundizada del interrogatorio clínico, el estudiante de medicina, armado con conocimientos teórico-prácticos, se prepara para abordar una variedad de escenarios clínicos. Esto implica la formulación de hipótesis diagnósticas, la indicación de pruebas complementarias pertinentes y la propuesta de estrategias terapéuticas, abarcando tanto el tratamiento médico como el quirúrgico.

En el cuarto año de la carrera, se estudian materias como Medicina Interna I y II, Radiodiagnóstico I y II, Análisis Clínicos, Patología Avanzada, Nutriología y Oncología. En el quinto año, los cursos se especializan y se intensifican, enfocándose en áreas específicas como Medicina Interna Avanzada, Farmacoterapia, Psiquiatría, Neurología, Investigación Científica I, Técnicas Quirúrgicas, Anestesiología, Cirugía General y Gastrointestinal, Ortopedia y Traumatología, y Subespecialidades 2 (Otorrinolaringología, Urología, Oftalmología) y Subespecialidades 1 (Cirugía Plástica, Neurocirugía, Cirugía Torácica, Cirugía de Cabeza y Cuello).

En el sexto año, el plan de estudios comprende Geriatria, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Legal y Ciencias Forenses, Pediatría, Urgencias Médicas, Ginecología y Obstetricia, Salud Pública Avanzada y Proyecto de Investigación II. Es crucial destacar que, debido a las restricciones sanitarias en 2020 y 2021, la enseñanza se efectuó de manera virtual, lo que limitó la

experiencia práctica en ambientes hospitalarios y restringió la instrucción teórica presencial.

Internado médico

La etapa de internado médico representa la culminación del proceso educativo en medicina y su asignación depende de la disponibilidad de plazas distribuidas por el Ministerio de Salud (Minsa), las Fuerzas Armadas y entidades sanitarias privadas. Para los internos en plazas del Minsa las rotaciones clínicas se efectuaron en instalaciones de atención primaria y en hospitales de la misma jurisdicción facilitando la integración de competencias teóricas y prácticas previamente adquiridas. En contraposición, las plazas en Hospitales de las Fuerzas Armadas se asignan mediante evaluación de méritos, con rotaciones íntegramente en sus centros médicos de atención secundaria. Estas rotaciones incluyen Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología-Obstetricia y Pediatría, reforzando capacidades en el ámbito médico-quirúrgico y en la atención integral del paciente. Los internos reciben asesoramiento y supervisión constante.

En Cirugía General, se abordan áreas como traumatología, oftalmología, cirugía torácica y cardiovascular, otorrinolaringología, urología, cirugía pediátrica y neurocirugía. En Pediatría, se enfoca en la atención neonatal y patologías infantiles y adolescentes. Ginecología y Obstetricia se concentra en complicaciones ginecológicas y obstétricas urgentes. En Medicina Interna, se tratan unidades de aprendizaje como patologías cardiovasculares, renales, digestivas, neurológicas, metabólicas, endocrinas, psiquiátricas, dermatológicas, articulares, hematológicas e infecciosas, incluyendo ética médica y legislación sanitaria. El orden de las rotaciones varía según la institución, y para una organización efectiva de los casos clínicos, se inicia con Cirugía General, seguido de Pediatría, Ginecología y Obstetricia, finalizando con Medicina Interna. Este secuenciado determina la presentación de casos clínicos a lo largo del internado.

1.1 Casos clínicos

Dentro del contexto de nuestro aprendizaje académico y profesional, examinamos una variedad de casos clínicos que hemos enfrentado a lo largo de nuestro internado médico. Estos casos son notables por su valor educativo y su utilidad en la aplicación práctica de la medicina, particularmente en entornos de atención médica primaria y secundaria.

1.1.1 Cirugía general

Caso clínico n.º 1

Paciente masculino de 19 años con iniciales JMCR con tiempo de enfermedad de 2 días forma de inicio insidioso, curso progresivo, presenta dolor abdominal y fiebre. No presenta antecedentes de importancia, refiere dolor abdominal difuso que migran a hemiabdomen inferior asociado a náuseas sin vómitos ni hiporexia, al ingreso se observa abdomen distendido, no depresible, dolor difuso a palpación a predominio de hemiabdomen inferior, Mcburney positivo, Blumberg positivo, signos clínicos sugestivos con proceso inflamatorio apendicular, se hospitaliza para manejo quirúrgico. Se encuentra con sed conservada, apetito conservado con náuseas, orina dos veces al día, sueño conservado, deposiciones conservado.

Al examen físico, presenta fiebre, presión arterial 130/80 mmHg, aparente regular estado general, nutricional e hidratación, hemodinámicamente estable; piel tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menos de 2 segundos, no presenta edemas ni adenopatías; amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no hay ruidos agregados; ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, pulsos periféricos presentes. El abdomen distendido, no depresible, RHA presentes, dolor difuso a palpación a predominio de hemiabdomen inferior, Mcburney positivo, Blumberg positivo; genitourinario PPL negativo, PPU negativo, funciones neurológicas lucido orientado en tiempo espacio persona, Glasgow 15/15.

Los diagnósticos iniciales son apendicitis aguda, se decide tratar con ceftriaxona sódica 2 gr. endovenoso cada 24 horas, metamizol sódico 2 gr. endovenoso cada 8 horas, metronidazol 500 mg endovenoso cada 8 horas, cloruro de sodio 0,9 x 1L, 30 gotas por minuto, omeprazol 40 mg endovenoso cada 24 horas y solicitar exámenes auxiliares para correspondiente tratamiento quirúrgico.

Se solicitaron exámenes auxiliares, la hemoglobina estuvo en 15.9 mg/dl, leucocitos 19410/mm³, neutrófilos 81%, linfocitos 11%, urea 30.64 mg/dl, creatinina 0.78 mg/dl, glucosa 90 mg/dl, tiempo de protrombina 16.3 segundos, INR 1.25. Tiempo de coagulación ocho minutos, tiempo de sangría dos minutos. Orina amarillo transparente con valores normales.

Los diagnósticos definitivos realizados durante hospitalización son apendicitis aguda complicada y peritonitis generalizada. Se decide tratar quirúrgicamente con apendicectomía laparoscópica junto con aspirado de cavidad abdominal, y toma de muestra para cultivo, se procede a realizar liberación de la apéndice, electro fulguración del meso apendicular, colocación de hemolok en base, se procedió a retiro de la misma en bolsa de guante por t1 , lavado prolijo de cavidad con suero fisiológico, colocación de drenaje laminar por base friable, revisión de hemostasia, cierre de puertos por planos, en hallazgos operatorios se encuentra presencia de líquido libre distribuido en toda la cavidad +/- 1 litro purulento, con abundante fibrina, interasas y en FSRV, apéndice cecal necrosada y perforada en base apendicular que se encuentra necrosada y friable, posición pélvica, adherida firmemente al recto sigmoides. 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, deambulación asistida.

El tratamiento en hospitalización es con NaCl 0.9% 1000 cc endovenoso pasar a 30 gotas por minuto, ceftriaxona 2 gramos endovenoso cada 24 horas, metronidazol 500 mg. endovenoso cada ocho horas, metoclopramida 10 mg. endovenoso cada ocho horas, metamizol 2 gramos endovenoso cada ocho

horas, omeprazol 40 mg endovenoso cada 24 horas, CFV +OSA, deambulaci3n asistida.

Paciente postoperado de 1 d3a cursa hemodin3micamente estable, ventila espont3neamente, funciones vitales estables, continúa con cobertura antibiótica en progresi3n de la dieta líquida amplia y deambulaci3n, evoluci3n lenta favorable , sigue tratamiento con NaCl 0.9% 1000 cc endovenoso pasar a 20 gotas por minuto, ceftriaxona 2 g endovenoso cada 24 horas, metronidazol 500 mg endovenoso cada ocho horas, metoclopramida 10 mg endovenoso cada ocho horas, metamizol 2 g endovenoso cada ocho horas, paracetamol 1 g vía oral cada ocho horas, omeprazol 40 mg endovenoso cada 24 horas, CFV + OSA.

Caso cl3nico n.º 2

Paciente masculino de 21 ańos con iniciales J.J.D. L con tiempo de enfermedad de 1 hora, refiere haber sido agredido por tercero con arma blanca por ello presenta herida en abdomen con exposici3n de víscera. No presenta antecedentes de importancia. Al examen f3sico aparente regular estado general, nutricional e hidrataci3n, hemodin3micamente estable, murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, en abdomen RHA+ BD, no presenta dolor, herida punzocortante con exposici3n de epipl3n, ruidos cardiacos r3tmicos BI, no soplos, genitourinario PRU negativo, PPL negativo, funciones neurol3gicas, lucido orientado en tiempo espacio y persona, no focalizaci3n, Glasgow 15/15, EFAST negativo. Se hospitaliza para manejo quirúrgico. El diagn3stico inicial es Heridas de otras partes y de las no especificadas del abdomen, se decide tratar con cloruro de sodio 0,9 x 1L ev 90 cc por hora, Lidoca3na 2% sin preservante x 20 ml INY, ceftriaxona s3dica 1 g INY, metamizol s3dico 2 ml 1g INY, omeprazol 40 mg INY, NPO y solicitar ex3menes auxiliares para correspondiente tratamiento quirúrgico.

Se solicitaron ex3menes auxiliares grupo sangu3neo O+, HIV I-II no reactivo, tiempo de protombina 16 seg, INR 1.22, RPR no reactivo, K: 3.29 mEq/L, Cl:109.2 mEq/L, la hemoglobina estuvo en 14.1 mg/dl, leucocitos 7920/mm3,

neutrófilos 51%, linfocitos 39%, urea 34.5 mg/dl, creatinina 1.22 mg/dl, glucosa 106 mg/dl, tiempo de coagulación 8 minutos, tiempo de sangría 2 minutos. Orina amarillo transparente con valores normales.

El diagnóstico definitivo fue traumatismo de múltiples órganos intraabdominales, con herida dentro de la cavidad abdominal. Se decide intervenir quirúrgicamente con una Laparotomía exploratoria + Resección y anastomosis término terminal de intestino delgado + lavado de cavidad peritoneal por trauma abdominal penetrante: Hemoperitoneo + perforación de intestino delgado. Paciente tolera acto quirúrgico y pasa a recuperación. El plan de trabajo post operado es NaCl 0.9% 1000 cc endovenoso pasar a 45 gotas por minuto, ceftriaxona 2 g endovenoso cada 24 horas, metronidazol 500 mg endovenoso cada ocho horas, metoclopramida 10 mg endovenoso cada ocho horas, metamizol 2 g endovenoso cada ocho horas, omeprazol 40 mg endovenoso cada 24 horas, CFV, NPO.

Paciente postoperado cursa hemodinámicamente estable, ventila espontáneamente, funciones vitales estables, continúa con cobertura antibiótica en progresión de la dieta líquida amplia y deambulaci3n, evoluci3n favorable , sigue tratamiento con NaCl 0.9% 1000 cc endovenoso pasar a 20 gotas por minuto, ceftriaxona 2 g endovenoso cada 24 horas, metronidazol 500 mg endovenoso cada ocho horas, metoclopramida 10 mg endovenoso cada ocho horas, metamizol 2 gramos endovenoso cada ocho horas, omeprazol 40 mg endovenoso cada 24 horas, CFV,Deambulaci3n asistida, retiro de Sonda Foley. Con evoluci3n lenta, favorable.

1.1.2 Pediatría

Caso clínico n.º 1

Paciente masculino de 3 años de edad con iniciales L.H.D.L. con tiempo de enfermedad 1 día, forma de inicio insidioso, el curso fue progresivo. Presento síntomas respiratorios, refiere dolor en los miembros inferiores, y no puede moverse, no presenta fiebre, el día de hoy con impotencia funcional en miembros inferiores (recibió ibuprofeno, no calma), también refiere dificultad

de movimiento en manos y dolor. Hace 1 día refiere dolor, dificultad al movimiento en ambos pies. Paciente con antecedentes de enfermedad previa niega, Rams niega, como antecedente proceso respiratorio alto (Hace 7 días) Al examen físico; despierto, ventila espontáneamente, no distrés respiratorio, febril, fascies algica; en tórax y pulmones el murmullo vesicular audible en AHT, no ruidos agregados, no rales, no hay tirajes. A nivel cardiovascular ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles, PP (+), abdomen blando, poco distendido, no doloroso, RHA presentes. SNC se encuentra despierto, activo, relacionado con entorno no focalización, obedece órdenes.

Se solicitaron exámenes auxiliares, en leucocitos 11.230/mm³, E: 4%, S: 52%, L: 37%, CPK-MB 15.62 U/L, creatinina sérica 0.11mg/dl, glucosa 111mg/dl, VSG 40mm/h, PCR 20.79 mg/dL. La ecografía de la cadera muestra una colección líquida a nivel del receso anterior de la cadera derecha con un volumen aproximado de 4ml.

Los diagnósticos definitivos Sinovitis de cadera derecha, Artritis Reactiva vs Séptica. Se decide implementar Paracetamol 100mg/ml, Ibuprofeno 150mg VO cada 8 horas, Clorfenamina 2mg EV cada 8 horas, reposo absoluto, CFV + OSA, con un plan continuar manejo analgésico, control de laboratorios en las mañanas 6 AM (Hemograma, VSG, PCR), reposo, analgesia horaria.

Paciente hemodinámicamente estable, no signos de hipoperfusión, no distreses respiratorios, ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio. Con una evolución favorable, reposo absoluto, analgesia en horario, vigilar curva febril, y el dolor, con una dieta completa + LAV, y seguir con las siguientes indicaciones Paracetamol 100mg/ml, 45 gotas VO cada 8 horas, Ibuprofeno 150mg VO cada 8 horas, Clorfenamina 2mg EV cada 8 horas, vigilar curva febril y dolor, reposo absoluto, CFV + OSA.

Caso clínico n.º 2

Paciente masculino de 1 año con iniciales RMHA con tiempo de enfermedad de 3 días, la forma de inicio fue insidioso, presenta dificultad respiratoria y fiebre cuantificada (39.5° no corregida), lagrimeó, vómitos, fiebre. Lo

nebulizaron con SSF (una vez), inapetencia, teniendo como diagnóstico de ingreso bronquiolitis aguda no especificada. Paciente con vacunas completas, niega Rams, presenta pectum excavatum, TSC leve, orofaringe congestiva, se encuentra con sed conservada, apetito conservado con náuseas, orina 6 veces al día, sueño disminuido, deposiciones disminuido, tuvo ocho controles prenatales, niega complicaciones, parto por cesárea con un peso al nacer de 3125 gramos.

Al examen físico, funciones vitales son estables, aparente estado regular, nutricional e hidratación, hemodinámicamente estable; la piel se encontraba tibia e hidratada, elástica, no presenta edemas ni adenopatías; murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, amplexación conservada, no tirajes y escasos sibilantes en base, los ruidos cardiacos rítmicos son de buena intensidad, no presencia de soplos. El abdomen es blando, depresible, no dolor a la palpación, RHA presentes; aparato genitourinario normo configurado para edad y sexo; recto y ano permeable; funciones neurológicas miembros superiores e inferiores moviliza, tono adecuado, reflejo fotomotor directo y consensual sin alteración, acomodación pupilar conservada, movimientos oculares conservados, movimientos de masticación adecuado, realiza movimientos de gesticulación adecuados, percibe sonidos, úvula central reflejo nauseoso positivo, lateralización de cabeza, moviliza la lengua.

En los exámenes auxiliares se obtuvo que la hemoglobina estuvo en 11 mg/dl, leucocitos 13,300/mm³, neutrófilos 70%, linfocitos 22%, urea 15.07 mg/dl, creatinina 0.25 mg/dl, PCR 94.42mg/dl. Orina amarillo transparente con valores normales. Adenovirus positivo, determinación de anticuerpos para rotavirus positivo, paciente cursa con una diarrea aguda viral por adenovirus+rotavirus. En la radiografía de tórax se observa atrapamiento aéreo, leve infiltrado bilateral. Prueba antigénica de COVID-19 (negativa). En la prueba coprológico funcional los resultados fueron normales.

Los diagnósticos definitivos realizados durante hospitalización son bronquiolitis aguda, deshidratación y diarrea aguda probable viral. Se decide tratar inicialmente con metamizol sódico 2 ml 1 gr. inyectable terapéutica 255

mg i.m stat, Ondansetrón clorhidrato 4 ml 2mg/ml inyectable terapéutica 1.6 mg i.m stat, cloruro de sodio 100 ml 900 mg/100 ml (0.9%) inyectable, ranitidina 10 mg endovenoso cada 8 horas, cloruro de sodio 20% x 20 ml inyectable, nebulizaciones con F.S.F. cada 20 minutos por una hora, paracetamol 31 gotas vía oral stat cómo aspiración de secreciones.

El tratamiento en hospitalización es con dextrosa al 5% en 1000cc + NaCl 20% en 40cc + KCL 20% en 10cc, nebulización con salbutamol seis gotas+SF 5cc cada 6 horas, Ondansetrón 1.5 mg endovenoso condicional a vómitos, paracetamol 30 gotas vía oral PRN fiebre, limpieza de fosas nasales y aspiración solo si presenta secreciones, oxígeno suplementario por CBN si saturación >92%, ibuprofeno 5ml vía oral, posición semisentada.

Paciente con evolución médica favorable, alta médica con las siguientes indicaciones salbutamol 100 mcg/dosis-2 puff cada 6 horas por 3 días, Mometasona 25 mcg 1 puff cada 24 horas, sulfato ferroso gotas, tomar 24 gotas vía oral cada 24 horas por un mes.

1.1.3 Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 1

Paciente femenino de 21 años de edad con iniciales J.L.G.A. con un tiempo de enfermedad de 1 día, la forma de inicio fue insidioso, el curso fue progresivo, episodio actual por fiebre puerperal, es una paciente puérpera de 38 días de parto vaginal, cursa con fiebre y malestar general. Desde hace 1 día, asociado a disuria, con dolor lumbar que se localizó en el lado izquierdo, el dolor se intensifica en región lumbar y la fiebre no cedía a los antipiréticos, niega otros síntomas urinarios, niega sangrado vaginal. Se encuentra apetito conservado, orina 4 veces/día, no hematuria, no espumosa, deposiciones conservado 2 días, semisólidos, no sangre, no moco. Paciente sin antecedente personales patológicos ni familiares.

Al examen físico, sus funciones vitales son estables, en aparente regular estado general (AREG), en aparente regular estado nutricional (AREN), en aparente regular estado de hidratación (AREH), piel tibia e

hidratada; llenado capilar ≤ 2 segundos, no cianosis, no ictericia, palidez +/-+++; en tórax y pulmones el murmullo vesicular pasa en ACP, no ruidos agregados. A nivel cardiovascular ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles. Abdomen blando, depresible, no dolor a la palpación, no signos peritoneales. SNC OTEP.

Se solicitaron exámenes auxiliares, la hemoglobina está 8.3g/dl, en leucocitos 14.33 cel/mm³, plaquetas 276000/mm³, PCR 57.91mg/dl, examen de orina se observó presencia de leucocitos 5-6 x campo, hematíes 4-5 x campo, células epiteliales escasos, gérmenes escasos, filamento mucoso 2++, resultado de cultivo negativo, bilirrubinas totales 0.4 mg/dl, creatinina sérica 0.77mg/dL, glucosa 103 mg/dL. Se le realizó ecografía donde indica que el útero RVF endometrio lineal 6.4 mm, útero y anexos normales.

Los diagnósticos definitivos Puérpera mediata de parto vaginal 38 días, Pielonefritis aguda, síndrome febril, infección de vías urinarias, sitio no específico y Anemia moderada. Se decide implementar Metamizol sódico 2mL 1gr, Cloruro de sodio 0.9 x 1L, Ceftriaxona sódica 1g, control de funciones vitales, el plan fluidoterapia/ antipiréticos/ss ecografía TV/ss.

Paciente hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio, curso afebril, actualmente con cuadro clínico compatible con infección del tracto urinario superior, se hospitaliza para antibioticoterapia parenteral y monitoreo clínico permanente. Alta médica, con una evolución favorable, las siguientes indicaciones, Paracetamol 1 gr VO cada 12 horas x 3 días, Cefuroxima 500 mg, VPO cada 12 horas x 5 días, Ceftriaxona, Metamizol, control de funciones vitales. Si persiste fiebre después del tratamiento referencia a medicina interna.

Caso clínico n.º 2

Paciente femenino de 50 años de edad con iniciales C.R.E. con un tiempo de enfermedad de 2 días, la forma de inicio fue insidioso y de curso progresivo, refiere sangrado vaginal desde el día de ayer, hoy acude por sangrado vaginal abundante, más sensación de desmayo, más náuseas, niega dolor pélvico,

niega otras molestias, Paciente con antecedente gineco-obstétrico cirugía G-O legrado uterino (2 veces), también presento antecedentes de HTA crónica (Desde octubre 2023 con tratamiento), con antecedentes de sangrado genital abundante y largos periodos (hace 3 meses).

Al examen físico sus funciones vitales son estables, en aparente regular estado general (AREG), en aparente regular estado nutricional (AREN), piel tibia e hidratada; llenado capilar ≤ 2 segundos, palidez ++/+++; en tórax y pulmones, amplexación conservada, no uso de músculos accesorios. A nivel cardiovascular ruidos cardiacos rítmicos taquicárdicos, no soplos audibles. El abdomen se observó blando, depresible, sin dolor a la palpación profunda ni superficial, no adenopatías. SNC LOTEP, Glasgow 15/15.

Se solicitaron exámenes auxiliares, la hemoglobina está en 5.2 g/dl, leucocitos $12.09/\text{mm}^3$, plaquetas $444000/\text{mm}^3$, en el examen de orina, leucocitos 15-20 x campo, creatinina 1mg/dl, urea 32mg/dl, glucosa 128mg/dl. Se le realizó ecografía transvaginal, donde indica tumoración en cérvix de aproximadamente 53mm, TV útero AVF de 9cm, se palpa tumoración en cérvix 4.5cm que infiltra 1/3 superior de vagina. La ecografía de cérvix, con tumoración de bordes irregulares de 53x45 mm con alta aceptación de flujo Doppler, abundante líquido libre.

Los diagnósticos definitivos Cáncer de Cérvix, Sangrado, Anemia Severa, Hemorragia vaginal, HTA, sangrado uterino anormal secundario a tumoración exofítica de cérvix (DC Neoplasia Maligna). con un plan de transfundir 1PG y luego control de hemoglobina, seguir con indicación médica, analgesia EV, CFV + OSA. Se decide implementar cloruro de sodio 0.9 x 1L, inyectable, ácido tranexámico, Losartán 50 mg.

Paciente hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio, curso afebril. Con una terapéutica de ácido tranexámico 250mg VO cada 8 horas por 3 días, ibuprofeno 400mg VO cada 8 horas por 3 días, se le explica signos de alarma para acudir emergencia, acudir a su cita

por oncología médica ya programada. Reposo en casa y con una evolución favorable, y con el alta médica con indicaciones.

1.1.4 Medicina Interna

Caso clínico n.º 1

Paciente femenino de 69 años con iniciales CMDT, quechua hablante con un tiempo de enfermedad de 8 días, la forma de inicio fue insidioso, curso progresivo, presenta aumento de volumen en miembros inferiores y poliuria. Anamnesis indirecta, familiar (mal informante) refiere que desde hace 8 días aproximadamente presenta aumento de volumen en miembros inferiores, es tratada en forma particular por médico con antibiótico endovenoso, no refiere que medicamento, luego de lo cual presenta mayor aumento de volumen en ambos miembros inferiores, además de presencia de lesiones planas enrojecidas y escozor. No presenta antecedentes de importancia. Se encuentra con sed disminuida, el apetito se encontraba disminuido, refiere náuseas, orina 2 veces al día, sueño conservado, deposiciones conservado.

Al examen físico inicial, presión arterial 135/78 mmHg, aparente regular estado general, nutricional e hidratación, ventilando espontáneamente; murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados; ruidos cardiacos regulares, rítmicos, no soplos audibles. Abdomen blando, depresible, RHA presentes, no doloroso a la palpación, genitourinario PPL negativo, PRU negativo, moviliza extremidades con dificultad debido a edema y dolor, funciones neurológicas despierta (quechua hablante) obedece órdenes simples ECG RM 5 RV 5 AO 4, Glasgow 14/15.

Los diagnósticos iniciales son celulitis de otras partes de los miembros. Se decide tratar con dimenhidrinato 50 mg endovenoso cada 12 horas, furosemida 20 mg ev cada 12 horas y PRN a diuresis, metoclopramida clorhidrato 10 mg ev cada 8 horas, oxacilina 1g ev cada 4 horas, ranitidina 50 mg ev cada 8 horas, sodio cloruro 100mL 900 mg/100 mL INY terapéutica 45 cc por hora, sodio cloruro 0.9x1L INY, Tramadol 50 mg ev cada 12 horas, lidocaína clorhidrato 30 g 2 g/100g gel, Alprazolam 0.5 mg vía oral,

clorfenamina maleato 1 ml 10 mg/mL INY, haloperidol 1 ml 5 mg INY, metamizol sódico 2 ml 1 g INY, Fluconazol 100 ml 2 mg/mL INY, clindamicina 4 ml 600 mg INY, hemoglucotest cada 8 horas. Solicitar exámenes auxiliares y reevaluación correspondiente.

En los exámenes auxiliares, la hemoglobina se encontraba en 10.6 mg/dl, leucocitos 3820/mm³, neutrófilos 74%, linfocitos 10%, urea 21.87 mg/dl, creatinina 0.42 mg/dl, glucosa 83 mg/dl, proteína c reactiva 36.58 mg/L, factor reumatoideo 9 UI/ml, tiempo de protrombina 14.4 segundos, INR 1.09, tiempo parcial de tromboplastina 35.30 segundos. Tiempo de coagulación siete minutos, tiempo de sangría dos minutos, TGO 47.07 U/L.

Al examen físico, presión arterial 130/70 mmHg, IMC 33.76, aparente regular estado general, nutricional e hidratación, ventilando espontáneamente; edema en miembros inferiores, no adenopatías; la amplexación se encontraba conservada, el murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no hay ruidos agregados; los ruidos cardiacos rítmicos, no hay presencia de soplos, pulsos periféricos presentes. Piel T/H/E, llenado capilar, exantema maculopapular que se extiende en todo el miembro inferior, asociado a lesiones aisladas en tórax, calor local en miembros inferiores, abdomen blanco depresible, no dolor a palpación, RHA presentes, genitourinario PPL negativo, funciones neurológicas lucido, orientado en tiempo espacio persona, no signos meníngeos, focalización, Glasgow 15/15.

Los diagnósticos definitivos son celulitis de miembros inferiores, tiña corporis, obesidad, agitación psicomotriz, subjetivo no evaluable, muy combativa a pesar de comunicación en quechua no colabora. Se decide tratar con dieta licuada hipoalérgica asistida, oxacilina 2g/4h ev, CNa 0.9% 1000 cc terapéutica 60 cc por hora, clindamicina 600 mg/8h endovenoso, metamizol 1 g/8h EV, haloperidol 5 mg EV, HGT/12h, CFV+BHE, cabecera a 30°.

Paciente con diagnósticos planteados celulitis de miembros inferiores y obesidad, mantiene hemodinamia, diuresis conservada, no septicemia, con larga data de lesiones dermatológicas sin mejoría, pronóstico reservado, ventilación espontánea, acudió a médico infectólogo y de forma verbal acepto

cobertura antibiótica y micótica, pero hasta el momento no hay respuesta formal en el sistema de interconsultas.

Caso clínico n.º 2

Paciente masculino de 66 años con iniciales DRA, con un tiempo de enfermedad de 3 meses, la forma de inicio fue insidioso, el curso progresivo, presenta edema, dolor, necrosis, secreción, mal olor de herida en dedo de pie derecho. Paciente con antecedente de diabetes mellitus desde hace 15 años e hipertensión arterial desde hace 10 años, refiere que hace aproximadamente 3 meses en lugar de trabajo(mecánico) se hinca con clavo en segundo dedo de pie derecho, al que no le dio importancia al inicio, días después hay cambio de color Violáceo con leve edema, acude a puesto de salud para aplicarse vacuna antitetánica, aparenta leve mejoría. Posteriormente refiere que presenta sensación de quemazón en el segundo dedo de pie que fue en aumento, al cual se le agrega edema, cambio de color y dolor. Refiere que unos 15 días antes de ingreso se torna color negro con presencia de mal olor y secreción. Se encuentra con apetito conservado con náuseas, Sed conservada, deposiciones conservadas, sueño conservado.

Al examen físico inicial, presión arterial 200/129 mmHg, aparente regular estado general, nutricional e hidratación; el murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no hubo ruidos agregados; ruidos cardiacos regulares, rítmicos, no soplos audibles. Abdomen blando, depresible, RHA presentes, no doloroso a la palpación, genitourinario PPL negativo, lesión necrótica en segundo dedo de pie derecho, se evidencian signos de flogosis, funciones neurológicas; lucido orientado en tiempo, espacio y persona, no focalización, Glasgow 15/15.

Los diagnósticos iniciales son diabetes mellitus no insulino dependiente, con complicaciones múltiples; diabetes mellitus no especificada, con complicaciones circulatorias periféricas, hipertensión esencial se decide tratar con dimenhidrinato 5 ml 50 mg INY, metamizol sódico 1 gr. PRN a temperatura mayor a 38 grados y/o dolor intenso , ranitidina 2 ml 25 mg/mL INY, Cloruro de sodio 100mL 900 mg/100 mL INY, Tramadol 1 ml 50 mg INY,

ceftriaxona sódica 2gr. ev cada 24 horas, clindamicina 600 mg ev cada 8 horas, metamizol sódico 2 ml 1 g INY, paracetamol 500 mg vía oral cada 8 horas, losartán 50 mg por única vez, omeprazol 40 mg ev cada 24 horas. Solicitar exámenes auxiliares y reevaluación correspondiente.

En los exámenes auxiliares, leucocitos 5950/mm³, plaquetas 230000/mm³, neutrófilos 74%, urea 22 mg/dl, creatinina 0.76 mg/dl, proteína c reactiva 11.7 mg/L, sodio 142 mEq/l, potasio 3.92 mEq/l, colesterol 149 mg/dL, triglicéridos 123 mg/dL, radiografía de pie derecho, aparente lesión a nivel de base del segundo orjejo.

Al examen físico, presión arterial 141/77 mmHg, HGT 143 mg/dL mañana, 163 mg/dL noche, aparente regular estado general, nutricional e hidratación, ventilando espontáneamente, el murmullo vesicular pasa bien en AHT, no ruidos agregados; ruidos cardiacos rítmicos, no soplos. Piel, necrosis en segundo dedo de pie derecho con signos de flogosis circundante con secreción seropurulenta sin mal olor, abdomen blando, depresible, no dolor, no masas, funciones neurológicas; lucido, orientado en tiempo espacio y persona, moviliza extremidades, no signos meníngeos, no signos de focalización.

Paciente hemodinámicamente estable, pronóstico reservado con diagnósticos definitivos diabetes *mellitus*, hipertensión arterial, pie diabético. Fue evaluado por traumatología y cirugía vascular quienes sugieren amputación de segundo dedo de pie derecho más limpieza quirúrgica. El paciente no acepta inicialmente, pero luego se retracta y acepta. Actualmente está en espera de completar riesgos quirúrgicos.

Evolución estacionaria, dieta blanda hipoglúcida hiposódica más líquidos a voluntad. Ante espera de cirugía se trata con ceftriaxona 2 g endovenoso cada 24 horas, clindamicina 600 mg endovenoso cada ocho horas, Paracetamol 500 mg vía oral cada ocho horas, atorvastatina 20 mg vía oral cada 24 horas, losartán 50 mg vía oral dos tabletas en la mañana y una tableta en la noche, amlodipino 10 mg vía oral en la tarde, captopril 25 mg, insulina, cabecera 30° ,

dieta blanda hipoglucida hiposódica más líquidos a voluntad, curación diaria de pie infectado, CFV + BHE.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

2.1 Sistema de Salud peruano

La infraestructura sanitaria en Perú se caracteriza por su diversidad y está integrada por múltiples actores en los ámbitos público y privado.

-Sector Público: Este es el segmento más extenso, liderado por el Ministerio de Salud (MINSA), que desempeña un papel crucial en la prestación de servicios médicos a una vasta demografía, especialmente a aquellos sin cobertura de seguro social. MINSA opera una extensa red de instalaciones sanitarias que incluye hospitales, clínicas y centros de atención primaria a nivel nacional.

-Seguro Social de Salud (EsSalud): EsSalud, una entidad pública, ofrece servicios de salud a trabajadores formales y sus familias, financiándose principalmente a través de contribuciones de empleadores y empleados. Gestiona su propia red de hospitales, clínicas y centros médicos.

-Fuerzas Armadas y Policía Nacional: Estas instituciones mantienen sistemas de salud independientes para sus miembros y familias, operando hospitales y centros especializados.

-Sector Privado: Constituido por una variedad de clínicas y hospitales privados, este sector atiende principalmente a individuos con seguros de salud privados o aquellos que pueden costear servicios médicos de forma directa.

-Seguro Integral de Salud (SIS): Un programa gubernamental enfocado en proporcionar cobertura sanitaria a ciudadanos peruanos sin seguro social, especialmente a los más desfavorecidos y vulnerables. El SIS asegura una cobertura amplia que incluye medicamentos, procedimientos quirúrgicos, operaciones, insumos médicos, bonos de sepelio y traslados de emergencia, en instalaciones afiliadas al MINSA⁽²⁾.

2.2 Minsa

El Departamento de Salud Pública administra y coordina el Sistema de Seguridad Social en Salud (SIS) para sus beneficiarios, proporcionando un espectro de servicios que incluye consultas médicas, farmacología, procedimientos médicos y la mayoría de los insumos clínicos. No obstante, los recursos disponibles en la entidad son considerablemente restringidos, lo que frecuentemente conduce a una incapacidad para garantizar una atención médica óptima a todos los beneficiarios. A pesar del aseguramiento sanitario universal, persisten deficiencias significativas en el sistema de salud, particularmente en términos de recursos y estructura física, limitados a su vez por una asignación presupuestaria anual que representa aproximadamente el 2.3 % del Producto Bruto Interno (PBI) de Perú.

A esta situación se suma una gestión presupuestaria ineficaz; incluso con un presupuesto anual reducido, la totalidad de los fondos no se utiliza completamente. Así, la insatisfacción de los usuarios y la elevada mortalidad, especialmente por la falta de atención oportuna y la escasez de recursos materiales y humanos en los servicios de salud durante la pandemia de COVID-19, particularmente en las primeras dos olas, se deben en gran parte a la inadecuada administración de los recursos limitados y su ejecución presupuestaria ⁽³⁾.

2.3 Hospital de Emergencias Villa El Salvador

Este hospital se dedica a ofrecer atención general especializada, así como servicios de emergencia médicas y quirúrgicas de complejidad intermedia. Ostenta la categoría de establecimiento nivel II-2, formando parte del segundo nivel de atención. Sus funciones abarcan actividades de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, control de riesgos y gestión. Aunque actualmente sirve como hospital de referencia en la zona de Lima sur, también recibe pacientes a nivel nacional. Tiene la visión de ser el hospital líder en la mejora del sistema de salud, y la misión de este hospital consiste en abordar las necesidades de salud de la población de manera oportuna, humanizada y de calidad. Esto se logra a través de la provisión de servicios especializados, respaldados por profesionales altamente calificados, así como infraestructura

y equipamiento que se adecuan a las nuevas tecnologías. El objetivo fundamental es garantizar una atención de salud integral que cumpla con los más altos estándares en beneficio de la comunidad.

La municipalidad del Distrito de Villa El Salvador, en su rol de Gobierno Local, junto con todas las organizaciones sociales del área, expresaron su interés y la necesidad imperante de contar con un hospital en la localidad.

Este compromiso de Villa El Salvador con el proyecto hospitalario se concretó a través del "Plan Integral de Desarrollo Concertado de Villa El Salvador 2017-2021". Este proyecto, desarrollado a lo largo de dos años con la colaboración de delegados de entidades sociales de base y organismos tanto públicos como privados, fijó como meta la edificación y dotación de equipamiento para un hospital en el tercer sector de Villa El Salvador.

El Hospital de Emergencias Villa El Salvador, que abrió sus puertas el 7 de abril de 2016, se establece como el segundo centro médico especializado en la región sur de Lima. Con una extensión de más de 23 mil metros cuadrados y una inversión de 255 millones de soles, esta institución médica se posiciona como un punto clave para la prestación de servicios a más de un millón de personas de distritos como Villa El Salvador, Lurín, Pachacamac, Punta Hermosa, Punta Negra, San Bartolo, Santa María del Mar y Pucusana.

Este hospital se presenta como un modelo a seguir, integrando infraestructura avanzada y tecnología de vanguardia en términos de equipamiento médico y atención al paciente. Esta modernización asegura una automatización integral y elimina las esperas para la asignación de citas, incrementando de esta manera la eficiencia y la calidad de los servicios ofrecidos.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

En este segmento, se hará una vinculación entre los casos clínicos descritos y los fundamentos teóricos sustentados por pruebas científicas, preservando la secuencia en la que se expusieron.

3.1 Cirugía General

3.1.1 Apendicitis aguda perforada-peritonitis generalizada

La apendicitis aguda representa una inflamación del apéndice cecal. Se postula que la etiología de la apendicitis implica la obstrucción del lumen apendicular, comúnmente atribuida a la hiperplasia de tejido linfoide, aunque en determinadas situaciones puede ser ocasionada por un fecalito, un cuerpo extraño, neoplasias o incluso por la presencia de parásitos intestinales. Esta obstrucción conduce a la distensión apendicular, proliferación microbiana, isquemia y respuesta inflamatoria. En ausencia de una intervención oportuna, puede progresar a necrosis tisular, gangrena y eventual perforación. La contención de la perforación por el omento mayor puede resultar en la formación de un absceso apendicular.

Los síntomas patognomónicos de apendicitis aguda incluyen:

- Dolor inicial epigástrico o periumbilical, que evoluciona a náuseas, vómitos y anorexia de corta duración.
- Posteriormente, el dolor migra al cuadrante inferior derecho del abdomen. Este dolor se intensifica con la tos y los movimientos.
- Los signos físicos diagnósticos comprenden:
- Sensación dolorosa al palpar y al liberar presión rápidamente en el cuadrante inferior derecho, particularmente en el punto de McBurney, situado en la intersección de los tercios medio y externo de la línea trazada entre el ombligo y la espina ilíaca anterosuperior.

Frente a la presencia de signos y síntomas característicos de apendicitis, el diagnóstico se establece clínicamente. En estos pacientes, posponer la intervención quirúrgica para realizar estudios de imagen incrementa el riesgo de perforación y sus complicaciones asociadas.

El manejo óptimo de la apendicitis aguda consiste en la realización de una apendicectomía, ya sea por técnica abierta o laparoscópica. Dado que la demora en el tratamiento incrementa la mortalidad, se considera aceptable una tasa de hasta un 15% de apendicectomías innecesarias. En la mayor parte de los escenarios, el cirujano es capaz de realizar la extirpación del apéndice aun cuando este se encuentre perforado. En ocasiones, la localización del apéndice puede ser atípica, encontrándose detrás del ciego, del íleon terminal o del meso del colon derecho ⁽⁴⁻⁶⁾.

3.1.2 Trauma abdominal abierto

La lesión conocida como traumatismo abdominal abierto se define médicamente como una penetración traumática del abdomen por una fuerza externa, resultando en una herida que potencialmente expone los órganos internos. Esta categoría de trauma demanda atención médica inmediata debido al elevado riesgo de complicaciones serias, incluyendo aquellas que pueden ser letales.

El abordaje inicial de un traumatismo abdominal abierto incluye la estabilización del paciente, control de la hemorragia y prevención de infecciones. Esto puede implicar la administración de fluidos intravenosos, transfusiones sanguíneas, profilaxis antibiótica y, cuando es posible, la limpieza y sutura de la herida.

El diagnóstico y manejo continuo frecuentemente requieren técnicas de imagen como ecografía y tomografía computarizada para evaluar la extensión de las lesiones internas. Una exploración quirúrgica puede ser necesaria para identificar y reparar daños a los órganos internos. El tratamiento definitivo de un traumatismo abdominal abierto suele involucrar cirugía, que puede abarcar desde la reparación de laceraciones orgánicas hasta transfusiones sanguíneas y, en casos extremos, la resección de órganos gravemente afectados. En casos donde los pacientes presentan inestabilidad hemodinámica, se procede de inmediato con una laparotomía exploratoria. Para la mayoría de los pacientes que no necesitan cirugía urgente, pero que presentan lesiones intraabdominales identificadas durante la exploración, las

estrategias de manejo incluyen la vigilancia, la embolización angiográfica y, menos frecuentemente, intervenciones quirúrgicas. La administración de antibióticos profilácticos no se recomienda en pacientes que son tratados de forma no quirúrgica. Sin embargo, los antibióticos se dan a menudo antes de la exploración quirúrgica ⁽⁷⁻⁹⁾.

3.2 Pediatría

3.2.1 Sinovitis transitoria de cadera derecha

La sinovitis transitoria de cadera es una causa común de dolor de cadera o cojera de aparición súbita en niños, y es incluso considerada la más frecuente por algunos expertos. También referida como sinovitis tóxica de cadera, esta afección benigna y autolimitada involucra un proceso inflamatorio agudo no específico que afecta a la membrana sinovial de la cadera. La incidencia de la sinovitis transitoria de cadera es más alta en pacientes de género masculino que en femenino, con una proporción aproximada de 2:1. Aunque la edad común de aparición es entre los tres y los ocho años, hay casos reportados en la literatura que abarcan desde los 18 meses hasta los 12 años de edad.

La causa exacta de la sinovitis transitoria de cadera sigue siendo en gran medida desconocida y no está plenamente entendida. Entre las posibles etiologías propuestas se incluyen infecciones virales y reacciones inflamatorias inespecíficas. Cerca del 70 % de los pacientes presentan antecedentes de una infección de vías respiratorias superiores (IVRS) en los 7-14 días anteriores o la padecen en el momento del diagnóstico.

La presencia frecuente de antecedentes de infecciones virales respiratorias superiores (IVRS) o de otras afecciones virales como la gastroenteritis en la mayoría de los pacientes con sinovitis transitoria de cadera sugiere una posible relación entre esta condición y una infección que afecta a la membrana sinovial o una reacción inflamatoria posterior a la infección. En los escasos casos en que se han obtenido muestras para biopsias, los análisis histopatológicos han revelado la presencia de inflamación inespecífica.

Además de las infecciones virales respiratorias superiores (IVRS), otros factores de riesgo menos comunes pero propuestos para el desarrollo de la sinovitis transitoria de cadera incluyen ciertas infecciones bacterianas, como las causadas por estreptococos, y antecedentes de traumatismos.

La manifestación habitual de la sinovitis transitoria de cadera se observa en un niño pediátrico, típicamente de entre tres y ocho años de edad, generalmente sano, que acude a consulta por cojera o dolor en una extremidad inferior (no necesariamente dolor de cadera) de aparición repentina, presentándose con una condición de levemente enfermo. La mayoría de estos pacientes no tienen fiebre o solo muestran un ligero aumento de la temperatura corporal. Los síntomas suelen ser unilaterales, aunque también se han documentado casos de afectación bilateral simultánea. A pesar de que el dolor de cadera es lo más común, es frecuente que los niños refieran dolor en la ingle, el muslo anterior o incluso en la rodilla; este último es un dolor referido debido a la irritación del nervio obturador. Adicionalmente, la cojera se caracteriza como una irregularidad o anomalía en la marcha, originada por dolor, debilidad o deformidad, pero en niños pequeños este término también puede referirse a la renuencia a caminar o a una postura anómala adoptada al estar de pie.

Los pacientes con sinovitis transitoria de cadera a menudo presentan limitación en la rotación interna y aducción de la cadera, y es común observar una marcha antiálgica. En algunos casos, prefieren mantener la cadera afectada en una posición de abducción y rotación externa durante el descanso para aliviar el dolor, que se intensifica con la rotación interna de la cadera. La duración típica de los síntomas suele ser de cinco a siete días, y se reporta que la mayoría de los pacientes se recuperan y se encuentran sin síntomas aproximadamente una semana después del inicio del episodio. Un dolor de cadera prolongado puede indicar un diagnóstico diferente.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial de la coxalgia o cojera aguda en el paciente pediátrico es amplio, y el clínico siempre debe estar alerta ante posibles

causas amenazantes para la vida del paciente o viabilidad de la extremidad. Algunas de las condiciones que deben considerarse en el diagnóstico diferencial incluyen:

- Fracturas: Las fracturas pueden causar dolor y cojera, especialmente si hay un antecedente de trauma.
- Infecciones osteoarticulares: La osteomielitis o la artritis séptica pueden presentarse con dolor e inflamación en las articulaciones.
- Enfermedades del tejido conectivo: Condiciones como la artritis idiopática juvenil o el lupus eritematoso sistémico pueden afectar las articulaciones.
- Tumores óseos o de tejidos blandos: Los tumores pueden causar dolor y limitación en la movilidad de la articulación.
- Sinovitis vello nodular pigmentada: Una enfermedad rara que puede afectar la sinovial de las articulaciones
- Enfermedad de Legg-Calvé-Perthes: Una condición que afecta la cabeza del fémur en el hueso de la cadera.
- Luxación de cadera congénita: Puede presentarse con asimetría en la longitud de las piernas y cojera.
- Osteocondritis disecante: Una afección que afecta la articulación y el hueso subyacente.
- Epifisiólisis: Desplazamiento de la epífisis femoral proximal en relación con la metáfisis, más común en adolescentes ^(10,11).

El diagnóstico diferencial completo debe realizarse con base en la historia clínica, el examen físico y, en algunos casos, estudios de imágenes como radiografías, resonancias magnéticas o gammagrafía ósea. La sinovitis transitoria de cadera es solo una de las posibles causas de cojera en niños y requiere la evaluación cuidadosa del médico para descartar otras condiciones. Los pacientes con patologías de origen infeccioso, como artritis séptica y osteomielitis, pueden presentar fiebre, rechazo a caminar y adoptar posiciones específicas para aliviar el dolor. Además, se pueden observar los siguientes hallazgos clínicos y de laboratorio:

- Dolor severo: Los pacientes suelen experimentar un dolor intenso en la articulación afectada.

- Sensibilidad en la articulación: Pueden mostrar sensibilidad y dolor a la palpación en la región de la articulación afectada.
- Cambios en la movilidad: Pueden limitar la movilidad de la articulación para evitar el dolor. En la cadera, esto puede manifestarse como rotación externa, abducción y flexión.
- Fiebre: La presencia de fiebre es común en infecciones graves y puede ser un signo de alerta.

Es fundamental diferenciar entre la sinovitis transitoria de cadera y las condiciones más graves como la artritis séptica y la osteomielitis, ya que estas últimas pueden requerir intervención médica urgente. El diagnóstico preciso se basa en una evaluación completa que incluya la historia clínica, el examen físico y, en algunos casos, estudios de imágenes y análisis de laboratorio ⁽¹⁰⁾.

Abordaje diagnóstico

Cuando se evalúa a un paciente con síntomas que sugieren sinovitis transitoria de cadera, así como en otros trastornos de cadera en niños, es crucial llevar a cabo una anamnesis detallada y un examen físico minucioso. Estos pasos son esenciales para dirigir el enfoque diagnóstico y establecer la causa raíz de los síntomas. Entre los aspectos clave en la evaluación se incluyen:

Historia clínica

- Obtener detalles sobre el inicio de los síntomas, su duración y cualquier factor desencadenante.
- Investigar antecedentes de infecciones recientes, especialmente infecciones de las vías respiratorias superiores.
- Preguntar sobre otros síntomas asociados, como fiebre, malestar general o síntomas gastrointestinales.

Examen físico

- Evaluar la marcha y observar cualquier cojera o cambio en el patrón de la marcha.

- Realizar una palpación cuidadosa de la cadera y la región inguinal para identificar áreas de sensibilidad o dolor.
- Evaluar la movilidad de la cadera, especialmente la rotación interna y externa, la flexión y la abducción.
- Buscar signos de irritación del nervio obturador, como dolor referido en la cara interna del muslo.

Estudios de Imágenes

- En algunos casos, puede ser necesario realizar estudios de imágenes, como radiografías de cadera, ultrasonido o resonancia magnética, para excluir otras afecciones y confirmar el diagnóstico de sinovitis transitoria.

Análisis de laboratorio

- En casos de sospecha de infección, se pueden realizar pruebas de laboratorio, como análisis de sangre (hemograma completo, velocidad de eritrosedimentación) y aspiración de líquido sinovial para evaluación microbiológica.

Es crucial tener en cuenta que el diagnóstico de sinovitis transitoria de cadera es de exclusión, y se deben descartar otras condiciones, como artritis séptica, osteomielitis u otros trastornos articulares. La colaboración interdisciplinaria entre pediatras, ortopedas y otros especialistas es esencial para brindar una atención integral al paciente ⁽¹²⁾.

Tratamiento

Generalmente se basa en medidas conservadoras y tiene como objetivo aliviar los síntomas. Aquí hay algunos aspectos clave del manejo de la sinovitis transitoria de cadera:

Reposo y Limitación de Actividad

- Se recomienda reposo y limitación de la actividad en la extremidad afectada. Evitar cargar peso sobre la pierna afectada puede ayudar a reducir el dolor y facilitar la recuperación.

Analgesia:

- El uso de analgésicos de venta libre, como el paracetamol (acetaminofén), puede ser útil para controlar el dolor. Sin embargo, se debe seguir la orientación del médico en cuanto a la dosificación.

Antiinflamatorios No Esteroideos (AINE):

- En algunos casos, se pueden utilizar medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), bajo la supervisión del médico, para reducir la inflamación y aliviar el dolor ⁽¹⁰⁾. Anexo 1

3.2.2 Bronquiolitis

La bronquiolitis, una infección aguda de etiología viral que afecta predominantemente a las vías aéreas inferiores en niños menores de 24 meses, se manifiesta clínicamente con dificultad respiratoria, sibilancias y estertores crepitantes. Es causada principalmente por:

-Virus sincitial respiratorio (RSV), Rinovirus, Parainfluenza tipo 3.

El cuadro clínico típico en lactantes afectados inicia con síntomas de infección del tracto respiratorio superior y evoluciona a taquipnea, retracciones y tos sibilante o perruna. En neonatos y prematuros menores de 2 meses, es posible que se manifiesten episodios recurrentes de apnea, que luego son seguidos por síntomas más típicos de la bronquiolitis después de 24 a 48 horas. Los signos de dificultad respiratoria incluyen cianosis alrededor de la boca, marcadas retracciones intercostales y sibilancias perceptibles. La reducción en la ingesta de alimentos y la presencia de vómitos pueden resultar en deshidratación ^(13,14).

El diagnóstico de bronquiolitis se establece con base en la historia clínica, el examen físico y el contexto epidemiológico. Es crucial distinguirlo de un episodio de asma exacerbado por infecciones virales, particularmente en niños mayores de 18 meses con antecedentes de sibilancias o historia familiar de asma. Además, el reflujo gastroesofágico con aspiración puede presentar síntomas similares a los de la bronquiolitis.

El tratamiento se centra principalmente en el soporte, incluyendo hidratación y cuidados generales, lo que permite el manejo ambulatorio en la mayoría de los casos. La hospitalización se recomienda en presencia de signos de

empeoramiento respiratorio, estado general afectado, antecedentes de apnea, hipoxemia o ingesta oral insuficiente. En un entorno hospitalario, la administración de oxígeno al 30-40% a través de cánula nasal, tienda de oxígeno o máscara facial suele ser suficiente para mantener saturaciones de oxígeno por encima del 90%. La intubación endotraqueal está reservada para casos de apnea severa recurrente, hipoxemia refractaria al oxígeno suplementario, retención de CO₂ o incapacidad para manejar secreciones bronquiales ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

3.3 Ginecología y Obstetricia

3.3.1 Pielonefritis aguda

Las infecciones del tracto urinario (ITU) implica varios aspectos clave, y la toma de decisiones basada en la información clínica y microbiológica disponible es esencial. La presentación típica de una ITU, como dolor o ardor al orinar, urgencia urinaria y frecuencia urinaria, suele ser indicativa.

La pielonefritis aguda no complicada (PNA) es una infección del tracto urinario superior (que involucra la pelvis y el parénquima renal) que se presenta de manera aguda en mujeres no embarazadas, sanas y con un aparato genitourinario anatómica y funcionalmente normal.

La incidencia

La pielonefritis aguda no complicada tiene una incidencia mundial anual estimada entre 10.5 y 25 millones de casos, siendo responsable del 10% de las bacteriemias. La proporción de hospitalizaciones por esta afección es inferior al 20%. Los factores de riesgo asociados a la cistitis, como la actividad sexual, tener una nueva pareja sexual, el uso de espermicidas y los antecedentes personales o familiares de infecciones del tracto urinario (ITU), también aumentan el riesgo de padecer PNA. Sin embargo, menos del 3% de los casos de bacteriuria asintomática y cistitis evolucionan hacia la PNA.

Las infecciones del tracto urinario (ITU) pueden ser causadas por diversos patógenos, incluyendo bacterias gramnegativas, bacterias grampositivas y hongos. Las bacterias gramnegativas son las causas más frecuentes de ITUs, siendo *Escherichia coli* (*E. coli*) la bacteria más comúnmente asociada.

Bacterias Gramnegativas: Además de E. coli, otras bacterias gramnegativas que pueden causar ITUs incluyen Klebsiella, Proteus, Pseudomonas y Enterobacter.

Bacterias Grampositivas: Aunque menos comunes que las gramnegativas, algunas bacterias grampositivas, como Staphylococcus saprophyticus y Enterococos, también pueden estar implicadas en ITUs, especialmente en ciertos grupos de personas o en situaciones específicas.

Hongos: Las infecciones fúngicas del tracto urinario, especialmente causadas por Candida, también son posibles, aunque son menos frecuentes que las infecciones bacterianas.

Microorganismos causantes: La bacteria Escherichia coli (E. coli) es la causa más común de ITUs. Sin embargo, otras bacterias, como Klebsiella, Proteus y Staphylococcus saprophyticus, también pueden estar involucradas

El tipo de patógeno involucrado puede influir en la elección del tratamiento antimicrobiano, por lo que es importante identificar correctamente el agente causal para administrar un tratamiento eficaz.

Las infecciones del tracto urinario (ITU) representan, en realidad, una de las infecciones bacterianas más frecuentes. Representan una carga significativa tanto en términos de costos económicos como de atención médica. Se destacan algunos puntos adicionales sobre las ITUs:

Factores de riesgo: Las mujeres tienen más probabilidades de desarrollar ITUs debido a la anatomía de su uretra, que es más corta y se encuentra más cerca del ano. Otros factores de riesgo incluyen la actividad sexual, el uso de dispositivos anticonceptivos y la menopausia.

La Clínica

Presenta síntomas como fiebre, escalofríos, malestar general, náuseas, vómitos y dolor en la zona de la fosa renal, con resultado positivo en la prueba de puño-percusión. En aproximadamente el 20% de los casos, no se manifiestan síntomas típicos de infección del tracto urinario inferior, como disuria, polaquiuria o urgencia miccional. Es común observar una ligera alteración de la función renal debida a factores inflamatorios o hemodinámicos, que generalmente se revierte rápidamente con el

tratamiento, y un aumento de los reactantes de fase aguda (RFA). Los síntomas característicos de una ITU abarcan dolor o sensación de ardor al orinar, necesidad frecuente de orinar, urgencia urinaria y dolor en la parte baja del abdomen. En casos más severos, pueden presentarse fiebre y malestar general.

Con un tratamiento antibiótico adecuado, la mejoría clínica generalmente se observa dentro de las primeras 24-48 horas. Esto puede manifestarse como una reducción de los síntomas, como fiebre, dolor lumbar y otros signos de infección. En muchos casos, se espera que la infección y los síntomas asociados se resuelvan por completo en unos 5 días de tratamiento. Esta rápida respuesta es un indicador positivo de la efectividad del tratamiento. Si se identifican complicaciones o factores subyacentes que contribuyen a la persistencia de los síntomas, el caso puede clasificarse como PNA complicada. Esto puede requerir un manejo más intensivo y, en algunos casos, considerar la hospitalización. La evaluación continua es crucial para garantizar una respuesta adecuada al tratamiento y para abordar cualquier desarrollo de complicaciones. También puede ser necesario ajustar el régimen antibiótico según la susceptibilidad del patógeno y otros factores clínicos.

La rapidez y la eficacia en el manejo de la PNA son fundamentales para prevenir complicaciones a corto y largo plazo. La evaluación clínica continua y la adaptación del tratamiento según sea necesario son parte integral de la gestión exitosa de esta infección.

Además, agregando los pacientes con pielonefritis aguda, la fiebre y el dolor lumbar son dos síntomas característicos de la pielonefritis aguda (PNA), una infección renal. Estos síntomas son consistentes con la presentación clínica típica de la PNA y son importantes indicadores para la evaluación médica y el diagnóstico adecuado.

La fiebre es una respuesta del cuerpo a las infecciones, y su presencia puede indicar la existencia de una infección sistémica. En el contexto de la PNA, la

fiebre es un síntoma común y puede ser un indicador de la gravedad de la infección. El dolor lumbar, especialmente en la región de los riñones, es un síntoma clásico de la PNA. Se experimenta en la espalda baja, a menudo a un lado, y puede ser constante o intermitente. Este dolor suele asociarse con la inflamación del tejido renal y puede ser más intenso durante la palpación de la zona afectada ^(18,19).

Estos síntomas, otros signos y síntomas comunes de la PNA incluyen malestar general, fatiga, urgencia y frecuencia urinaria, dolor o sensación de ardor al orinar, y posiblemente la presencia de sangre en la orina. Los síntomas adicionales como la disuria, polaquiuria, tenesmo vesical y urgencia miccional son también indicativos de una infección del tracto urinario (ITU). Estos síntomas son comunes en las infecciones urinarias y están relacionados con la irritación e inflamación de las vías urinarias. Se refiere al dolor o malestar al orinar. La polaquiuria es un síntoma habitual en las infecciones del tracto urinario (ITUs) y suele estar relacionada con la inflamación de la uretra, así como con un incremento anómalo en la frecuencia de micción durante el día. Los pacientes pueden experimentar una necesidad más frecuente de orinar comparada con lo habitual. También pueden sentir una sensación de malestar o presión en la zona de la vejiga. Respecto al perfil bioquímico en sangre, la mayoría de los pacientes, aproximadamente el 60%, presentó una función renal normal para su edad y sexo.

La evaluación de la función renal mediante el perfil bioquímico en sangre es un componente importante en la evaluación de las infecciones del tracto urinario (ITU). El hecho de que el 60% de los pacientes presenten una función renal conservada es una buena noticia, ya que sugiere que la infección no ha causado un daño significativo a los riñones hasta el momento.

Es común que las ITUs afecten inicialmente las vías urinarias bajas (como la vejiga y la uretra) y, en casos más graves o no tratados, puedan ascender hacia los riñones, lo que se conoce como pielonefritis. La pielonefritis puede conllevar consecuencias más serias, incluyendo el impacto en la función renal. Comúnmente, la función renal se examina mediante la medición de indicadores como la creatinina y la tasa de filtración glomerular (TFG). Valores

normales en estos parámetros sugieren un funcionamiento adecuado de los riñones. No obstante, es crucial recordar que la evaluación exhaustiva y el manejo de una infección del tracto urinario deben llevarse a cabo en consulta con un profesional de la salud. Dicho profesional puede considerar una variedad de factores y, si es necesario, realizar pruebas adicionales.

La edad es un factor importante en la susceptibilidad a enfermedades graves, incluidas las infecciones bacterianas como la bacteriemia. A medida que las personas envejecen, su sistema inmunológico puede volverse menos eficiente, lo que los hace más vulnerables a las infecciones. Además, las comorbilidades y otras condiciones de salud asociadas con la edad avanzada también pueden contribuir a un mayor riesgo de complicaciones graves. La relación entre la edad y la gravedad de las enfermedades es un fenómeno observado en diversas condiciones médicas.

Específicamente en el contexto de la bacteriemia, la edad avanzada, junto con otros factores como enfermedades crónicas, inmunosupresión y la presencia de dispositivos médicos invasivos, puede aumentar el riesgo de desarrollar bacteriemia y otras infecciones graves. Es importante tener en cuenta estos factores al evaluar y manejar pacientes, especialmente aquellos en grupos de edad avanzada, para proporcionar el tratamiento y la atención adecuados (20,21).

Tratamiento de PNA leve en pacientes que toleren la vía oral

En ciertos casos seleccionados por su presentación clínica leve o inicial, es factible adoptar un tratamiento ambulatorio oral utilizando cefalosporinas o fluoroquinolonas (esto último si se conoce que la resistencia local a las quinolonas es inferior al 10%). Si la tasa de resistencias no está clara, se aconseja comenzar con una dosis parenteral de un antibiótico de amplio espectro y larga duración, como cefalosporinas (por ejemplo, ceftriaxona 2g iv) o aminoglucósidos (como amikacina o gentamicina), para luego seguir con un tratamiento oral seleccionado de las opciones disponibles. Es importante recordar que las cefalosporinas orales alcanzan concentraciones menores que las cefalosporinas administradas por vía intravenosa. Antibióticos como

fosfomicina, nitrofurantoína o pivmecillinam no deben utilizarse ya que no penetran eficazmente en el tejido renal.

La primera opción de tratamiento para la pielonefritis aguda no complicada podría incluir los siguientes antibióticos:

- Cefixima 400 mg vía oral cada 24 horas durante 7-10 días.
- Cefditoreno pivoxilo 400 mg vía oral cada 24 horas durante 7-10 días.
- Cefpodoxima proxetilo 200 mg vía oral cada 12 horas durante 7-10 días.
- Ceftibuteno 400 mg vía oral cada 24 horas durante 10 días.
- Ciprofloxacino 500-750 mg vía oral cada 12 horas durante 7 días (si la resistencia local a quinolonas es menor del 10%).
- Levofloxacino 750 mg vía oral cada 24 horas durante 5 días (si la resistencia local a quinolonas es menor del 10%).

Como alternativa para pacientes alérgicos, se puede considerar el uso de cotrimoxazol 800/160 mg vía oral cada 12 horas durante 14 días; o un betalactámico hasta obtener el resultado del urocultivo.

Tratamiento de PNA moderada-severa, o con intolerancia a la vía oral

En el caso de la pielonefritis aguda complicada, que puede incluir complicaciones graves o factores subyacentes que aumentan la gravedad, se requiere un enfoque más intensivo.

Se inicia una terapia antibiótica intravenosa empírica para abordar la infección de manera efectiva. La elección del antibiótico inicial se basa en la sospecha clínica y se puede ajustar posteriormente según los resultados del cultivo y antibiograma. A las 48-72 horas, si se observa una mejoría clínica significativa y se obtienen los resultados del antibiograma, se puede ajustar la terapia antibiótica según la susceptibilidad del patógeno identificado. El manejo de la pielonefritis aguda complicada implica un enfoque multidisciplinario que incluye atención médica, enfermería y otros profesionales de la salud. La adaptación del tratamiento según la respuesta clínica y los hallazgos de laboratorio es esencial para garantizar una recuperación completa y prevenir recurrencias.

La primera opción de tratamiento intravenoso para pielonefritis aguda no complicada incluiría:

- Ceftriaxona 2g iv cada 24 horas.
- Cefotaxima 2g iv cada 8 horas.
- Ciprofloxacino 400 mg iv cada 12 horas (si la resistencia local a quinolonas es menor del 10%).
- Levofloxacino 750 mg iv cada 24 horas (si la resistencia local a quinolonas es menor del 10%).

La segunda opción de tratamiento intravenoso podría ser:

- Cefepime 1-2g iv cada 12 horas.
- Piperacilina/tazobactam 2.5-4.5g iv cada 8 horas.
- Gentamicina 5mg/kg iv cada 24 horas.

La profilaxis antimicrobiana es una estrategia que se utiliza para prevenir la recurrencia de infecciones del tracto urinario (ITU), especialmente en individuos propensos a sufrir episodios repetidos. Hay dos enfoques principales:

Profilaxis antimicrobiana continua:

- Duración y administración: Se lleva a cabo con una dosis nocturna durante un período prolongado, comúnmente 6 meses.

Los medicamentos empleados para el tratamiento de infecciones del tracto urinario pueden incluir nitrofurantoína, trimetoprim-sulfametoxazol (cotrimoxazol), betalactámicos o fluoroquinolonas. La elección del antibiótico dependerá de varios factores, como la presencia de alergias del paciente, la existencia de comorbilidades y la sensibilidad a los antibióticos de los microorganismos previamente aislados en cultivos.

- Efectividad: Aunque la profilaxis continua puede reducir la recurrencia de ITU, la mayoría de los pacientes experimentan una recurrencia en un plazo de 6 meses después de suspenderla.

Profilaxis antimicrobiana postcoital:

La duración y el método de administración para este tratamiento específico consisten en aplicarlo después de una relación sexual, utilizando las mismas

drogas y dosis que se emplearían en la profilaxis continua. Este enfoque está respaldado por un estudio prospectivo, aleatorio y doble ciego que utilizó trimetoprim-sulfametoxazol (40/200 mg) como tratamiento.

- Indicación: Este enfoque puede ser particularmente útil en mujeres cuyas infecciones urinarias están relacionadas con la actividad sexual.

Es importante destacar que el uso prolongado de antibióticos para la profilaxis puede tener implicaciones en términos de resistencia antimicrobiana y otros efectos secundarios. La elección del enfoque y del agente antimicrobiano debe hacerse considerando la situación clínica específica de cada paciente y la evaluación de riesgos y beneficios. Además, es crucial la supervisión médica regular durante cualquier régimen de profilaxis antimicrobiana ⁽²²⁾.

3.2 Cáncer de cérvix

El cáncer de cuello uterino representa el tipo de cáncer más frecuentemente reportado entre las mujeres, constituyendo el 24.1% de los cánceres en mujeres y el 14.9% de todos los cánceres en la población general. Además, es la tercera causa principal de muerte por cáncer en las mujeres. Este cáncer constituye una seria amenaza para la salud de las mujeres peruanas y sus familias, y es por ende un problema de salud pública significativo.

Hay una incidencia desproporcionadamente alta de cáncer de cuello uterino en mujeres de países en desarrollo, en gran parte debido a la debilidad de sus sistemas de tamizaje. La mayoría de los casos se diagnostican en etapas avanzadas. El riesgo de morir por cáncer de cuello uterino antes de los 75 años es tres veces mayor en mujeres de países en desarrollo en comparación con aquellas en países desarrollados.

La clínica

En estadios tempranos la enfermedad suele ser asintomática, sin embargo los síntomas que pueden presentarse en las mujeres con cáncer de cérvix son el sangrado vaginal irregular, abundante y sangrado postcoital; cuando el tumor se extiende hacia la cavidad pélvica puede invadir vejiga y recto, generando síntomas como dolor pélvico o lumbar irradiado a miembros inferiores, síntomas gastrointestinales y urinarios, a causa de la compresión; algunas

mujeres pueden presentar secreción vaginal acuosa, mucoide, purulenta o maloliente lo cual puede confundirse con cuadros de cervicitis o vaginitis, sin embargo, la sintomatología y los hallazgos al examen físico en los estadios tempranos del cáncer de cérvix es poco frecuente, por tanto el tamizaje mediante citología cervical es fundamental para detectar lesiones premalignas (23-25).

En muchas mujeres que se someten a exámenes ginecológicos de rutina, es común encontrar resultados anormales en la prueba de Papanicolaou (Pap), aun cuando no presenten síntomas evidentes. Clínicamente, uno de los primeros síntomas del cáncer de cuello uterino es a menudo el sangrado vaginal anormal, especialmente postcoital (después de las relaciones sexuales). Otros síntomas que pueden experimentarse incluyen molestias vaginales, secreción con mal olor y disuria (dolor al orinar), aunque estas manifestaciones no son inusuales. El tumor tiende a crecer y diseminarse a lo largo de las superficies epiteliales, afectando tanto a tejidos escamosos como glandulares, extendiéndose hacia la cavidad endometrial, a través del epitelio vaginal y lateralmente hacia las paredes pélvicas. El cáncer de cuello uterino tiene la capacidad de invadir directamente órganos adyacentes como la vejiga y el recto. Esto puede conducir a una variedad de síntomas, incluyendo estreñimiento y hematuria (presencia de sangre en la orina). Además, puede resultar en la formación de fístulas y causar obstrucción ureteral.

La obstrucción del uréter puede presentarse con o sin la formación de hidroureter (dilatación del uréter) e incluso puede llevar a hidronefrosis, que es la hinchazón de un riñón debido a la acumulación de orina. Es importante señalar que, en pacientes con cáncer de cuello uterino, el hallazgo más frecuente sigue siendo un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou (Pap) (26,27).

Diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino

Biopsia: El diagnóstico concluyente de lesiones premalignas o cáncer se lleva a cabo mediante la realización de una biopsia. Sin embargo, para las lesiones cervicales identificadas mediante Inspección Visual por Ácido Acético (IVAA)

o colposcopia, no es imperativo realizar biopsias antes de iniciar el tratamiento. La estrategia conocida como "tamizar o ver y tratar" sugiere abordar las lesiones directamente con crioterapia sin esperar la confirmación diagnóstica mediante biopsia.

Exámenes auxiliares

- La citología cervical, también conocida como prueba de Papanicolaou (PAP), es un examen utilizado para detectar el cáncer de cuello uterino. Durante este procedimiento, se emplea un cepillo o espátula para recoger células de la zona de transformación, ubicada en la abertura del cuello uterino. Este procedimiento puede ser llevado a cabo por un médico o un profesional de la salud capacitado. La muestra recogida se coloca en un portaobjetos, se fija y luego se tiñe con colorantes especiales para su posterior examinación bajo un microscopio. Es importante informar a la paciente que, durante las 24 horas anteriores al examen, se debe evitar realizar duchas vaginales, usar cremas vaginales y mantener relaciones sexuales. También, se aconseja no programar la prueba de Papanicolaou durante el período menstrual.

A pesar de ser una prueba aparentemente sencilla, existen varios puntos susceptibles a fallos, como la toma de la muestra, la coloración y la interpretación.

La sensibilidad del Papanicolaou (PAP) se estima en aproximadamente un 50 %. Un problema adicional en ciertos contextos es la necesidad de personal altamente capacitado para la lectura de las muestras, lo cual consume tiempo. Además, las pacientes a menudo no recogen sus resultados, lo que conlleva la pérdida de oportunidades valiosas para el tratamiento temprano.

La Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) es una técnica de examen visual que se realiza utilizando un espéculo. Durante el procedimiento, se aplica una solución de ácido acético al 5 % sobre el cuello uterino. Esta aplicación permite identificar tejido epitelial anormal o displásico, el cual se tiñe de blanco y se vuelve más fácilmente detectable a la vista. Este método

es una herramienta valiosa para la identificación de cambios precancerosos o cancerosos en el cuello uterino.

La sensibilidad de la Inspección Visual por Ácido Acético (IVAA) varía en función del nivel de entrenamiento y experiencia, y se ha observado que oscila entre el 70% y el 80% para la detección de neoplasias intraepiteliales cervicales de grado 2 (NIC 2) y lesiones de mayor gravedad

Estableciendo el diagnóstico

-La evaluación integral se inicia con la realización de la prueba de Papanicolaou (Pap).

-Si los resultados de la prueba de Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) o de la citología cervical (PAP) son positivos, se procede a realizar una colposcopia y biopsias para una evaluación más exhaustiva. Esta evaluación se enfoca en el estudio detallado de la neoplasia intraepitelial cervical (CIN) y puede incluir procedimientos de escisión como la conización eléctrica con asa.

-En caso de que el análisis patológico después de una escisión o conización electroquirúrgica revele la presencia de cáncer invasivo con márgenes positivos, se aconseja remitir a la paciente a un oncólogo ginecológico para un manejo especializado y tratamiento adecuado. La derivación a un oncólogo es fundamental para garantizar un cuidado óptimo y un tratamiento personalizado basado en la etapa y la naturaleza del cáncer.

-En casos donde se identifican lesiones cervicales que parecen sospechosas o significativamente anormales durante el examen físico, se recomienda realizar una biopsia para determinar la naturaleza de estas lesiones, y esto se aconseja independientemente de los resultados de la citología cervical.

-Una vez que se ha confirmado el diagnóstico de lesiones cervicales, es importante realizar un hemograma completo y análisis de sangre para evaluar la función renal y hepática. Este paso es crucial para identificar posibles anomalías que podrían indicar enfermedad metastásica. Además, se suelen llevar a cabo estudios de imagenología como parte del proceso de estadificación del cáncer. Estos estudios ayudan a determinar la extensión de la enfermedad y a planificar el tratamiento más adecuado.

Según las directrices de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), los procedimientos recomendados para el diagnóstico y estadificación del cáncer de cuello uterino incluyen:

- Colposcopia
- Biopsia
- Conización del cuello uterino
- Citoscopia
- Proctosigmoidoscopia
- Rayos X de tórax

Estos procedimientos son fundamentales para un diagnóstico preciso y una evaluación exhaustiva del alcance del cáncer de cuello uterino.

Tratamiento en estadio

El abordaje terapéutico del cáncer cervical se adapta según la etapa de la enfermedad. Para el cáncer invasivo en sus primeras etapas, la cirugía se presenta como la opción de tratamiento preferida. En casos más avanzados, la modalidad estándar de atención implica la combinación de radioterapia y quimioterapia. En situaciones donde la enfermedad se ha diseminado, la quimioterapia o la radioterapia se emplean con el propósito de brindar alivio sintomático y paliativo. El pronóstico de los pacientes con cáncer de cuello uterino varía significativamente según la etapa en la que se diagnostica la enfermedad. En términos generales, las tasas de supervivencia a 5 años para las distintas etapas son las siguientes:

- Etapa I - Más del 90 %
- Etapa II - 60-80 %
- Etapa III - Aproximadamente el 50 %
- Etapa IV - Menos del 30 % ⁽²⁷⁾.

3.4 Medicina Interna

3.4.1 Celulitis de miembros inferiores

La celulitis es una patología dermatológica de origen bacteriano, frecuente y con potencial para desarrollar complicaciones graves. Se caracteriza por una inflamación significativa del tejido cutáneo, con edema, eritema, dolor y aumento de la temperatura local en la zona afectada. Comúnmente, esta

infección se localiza en las extremidades inferiores, aunque también puede manifestarse en el rostro, los brazos y otras áreas corporales. La etiología de la celulitis se asocia con la invasión de patógenos bacterianos a través de una discontinuidad en la barrera cutánea.

Las causas más habituales de la celulitis, una infección bacteriana de la piel, incluyen:

-Streptococcus pyogenes.

-Staphylococcus aureus.

En la mayoría de los casos, la celulitis es provocada por estreptococos beta-hemolíticos del grupo A, como *S. pyogenes*, o por *S. aureus*. Esta infección ocurre generalmente cuando la barrera cutánea se ve comprometida de alguna manera. Es más común en los miembros inferiores y típicamente afecta a un solo lado del cuerpo (unilateral). Es importante notar que la dermatitis por estasis, una afección que se parece mucho a la celulitis, a menudo afecta a ambos lados del cuerpo (bilateral). Los signos clínicos primordiales de la celulitis incluyen eritema y dolor en el sitio afectado.

En casos más severos, es común la presencia de linfangitis y linfadenopatías regionales. La dermis se presenta eritematosa, hipertermia y edematosa, a menudo con una textura similar a la de la piel de una naranja. Los límites de la lesión suelen ser indistintos, a diferencia de las erisipelas, que se caracterizan por bordes más definidos. La aparición de petequias es habitual, mientras que las áreas extensas de equimosis son menos comunes.

Pueden observarse vesículas y ampollas, que en ocasiones se rompen y pueden evolucionar a necrosis del tejido cutáneo afectado.

El diagnóstico de celulitis se establece primariamente mediante examen físico. Es crucial distinguir la celulitis de otras afecciones cutáneas, como la dermatitis de contacto y la dermatitis de estasis. Estas últimas a menudo son incorrectamente diagnosticadas como celulitis, lo que conduce a un uso innecesario y potencialmente dañino de antibióticos. Diferenciar entre estas

condiciones es esencial no solo para evitar tratamientos inapropiados, sino también para asegurar que el paciente reciba el cuidado adecuado para su problema cutáneo específico. Los hemocultivos son indicados para evaluar la posible bacteriemia en pacientes con inmunosupresión y aquellos con signos de infección sistémica, como fiebre y leucocitosis ^(28,29).

El manejo terapéutico primario consiste en la administración de antibióticos, cuya elección depende de la presencia de exudado purulento y otros factores de riesgo para infecciones graves o resistentes. La duración del tratamiento no es fija, sino que se basa en la respuesta clínica, extendiéndose generalmente por al menos una semana. La inmovilización y elevación de la extremidad afectada son medidas útiles para disminuir el edema asociado a la celulitis. La aplicación de apósitos fríos y húmedos también puede proporcionar alivio del malestar local. Adicionalmente, la terapia de compresión puede ser beneficiosa en la prevención de futuras recurrencias de celulitis en las extremidades inferiores, especialmente en pacientes que han experimentado episodios recurrentes y presentan edema crónico. Estas medidas no solo alivian los síntomas, sino que también ayudan en la gestión a largo plazo de la condición ^(30,31).

3.4.2 Pie diabético infectado

La afección podológica representa un aspecto crítico en el manejo de individuos con diabetes mellitus. Las manifestaciones más frecuentes en este contexto incluyen úlceras podales, que pueden presentarse con o sin infección, y casos de gangrena. La neuropatía de Charcot y el edema neuropático, aunque menos frecuentes, son complicaciones significativas a tener en cuenta, especialmente en la población diabética. Cabe destacar que la incidencia de amputaciones en personas con diabetes es notablemente más alta que en la población general, superando más de quince veces dicha tasa. Estas complicaciones reflejan la seriedad de las afectaciones neurológicas y circulatorias asociadas a la diabetes y subrayan la importancia de un manejo cuidadoso y una vigilancia constante en estos pacientes.

El denominado "pie diabético" emerge como consecuencia de la neuropatía diabética y la vasculopatía periférica, que predisponen al desarrollo de lesiones hísticas y complicaciones infecciosas, pudiendo evolucionar hacia estados críticos como la gangrena. La afección conocida como pie diabético es una causa significativa de morbilidad y mortalidad entre pacientes con diabetes, con un alto riesgo de llevar a discapacidad severa por intervenciones quirúrgicas como la amputación, o incluso la muerte. No obstante, es crucial destacar que el pie diabético representa una de las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus con un gran potencial para la prevención efectiva.

Según la clasificación de Wagner, las afecciones del pie diabético se categorizan en seis estadios, que varían desde la ausencia de lesión hasta la presencia de gangrena extensa. Esta clasificación muestra una fuerte correlación con la morbimortalidad y la tasa de amputaciones, las cuales aumentan a medida que se asciende en los grados de la clasificación. Sin embargo, es importante señalar que, aunque esta clasificación es útil para evaluar la severidad de la lesión, no proporciona información sobre la etiopatogenia de las mismas. Anexo 2

Para el diagnóstico de patologías podales en pacientes con diabetes mellitus, se deben considerar criterios detallados que incluyen una anamnesis exhaustiva, la duración de la diabetes mellitus (DM), sus complicaciones, comorbilidades y las clasificaciones del pie diabético.

Se deben solicitar exámenes complementarios para una valoración diagnóstica y de seguimiento del paciente, incluyendo:

- Pruebas de laboratorio
- Imágenes diagnósticas
- Estudio vascular no invasivo

Manejo Clínico

Evaluación del estado general del paciente: Determinar si el tratamiento será ambulatorio o requiere hospitalización. Pacientes con heridas clasificadas como Wagner grado 3 o superior generalmente necesitan hospitalización.

Control Metabólico: La hiperglicemia se maneja principalmente con insulina, dosis promedio de 30 U/día, ajustada según necesidad. Se puede combinar con antidiabéticos orales, como metformina (1,700 mg/día). En el manejo de dislipidemias, se ha observado eficacia con atorvastatina (40 mg/día). Para la hipertensión, se emplean losartán o enalapril, solos o combinados con hidroclorotiazida. En casos de edemas, se recomienda furosemida. En pacientes obesos, se aconseja educación nutricional, una dieta de 1,200 kcal y actividad física moderada de al menos 30 minutos diarios.

Cuidado de las Úlceras: Incluye desbridamiento quirúrgico utilizando bisturí y, en algunos casos, desbridamiento enzimático y biológico (larvas). La aplicación de factores de crecimiento y el uso de injertos han demostrado reducir los tiempos de cicatrización y prevenir amputaciones. Tratamientos tópicos con propiedades antibióticas o regenerativas son también fundamentales ⁽³²⁻³⁴⁾.

Terapia antibiótica

Para el primer evento y sin compromiso severo de la extremidad: manejo ambulatorio con antibióticos orales por dos semanas, incluyendo cefalexina, clindamicina, dicloxacilina o levofloxacino.

En casos de úlcera recurrente, celulitis extensa en extremidad inferior, o compromiso articular u óseo: manejo hospitalario con antibióticos intravenosos como ceftazidima, ceftriaxona, ciprofloxacino, en combinación con clindamicina. Manejo del dolor neuropático: Combinaciones efectivas incluyen pregabalina con tramadol, ajustando la dosis según la respuesta del paciente. Amputación: Considerada como última opción para evitar complicaciones graves o la muerte en pacientes con pie diabético. Las amputaciones pueden ser menores (por debajo del tobillo) o mayores (por encima del tobillo). Las amputaciones menores suelen permitir una mayor independencia en la movilidad del paciente ^(35, 36).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El Hospital de Emergencias Villa El Salvador proporcionó un entorno propicio para que los internos de medicina pudieran crecer y desarrollarse tanto en el aspecto personal como en el profesional. Este ambiente favorece una formación integral, permitiendo a los futuros médicos adquirir competencias clínicas esenciales mientras refuerzan habilidades personales cruciales en el campo de la salud. Esta experiencia permite a los internos desarrollar habilidades críticas como el juicio clínico rápido, la toma de decisiones bajo presión y la capacidad de priorizar tareas en un entorno de alta tensión, el trabajo en un hospital de emergencias expone a los internos a un amplio espectro de patologías, lo cual es fundamental para su formación como médicos versátiles y competentes.

La amplia gama de casos médicos presentados en el hospital de emergencias proporciona una oportunidad única para que los internos experimenten una variedad de situaciones clínicas, desde las más rutinarias hasta las más críticas. Además, la interacción constante con pacientes en situaciones de emergencia refuerza la importancia de la empatía, la comunicación efectiva y la atención centrada en el paciente.

Aunque el internado médico en nuestro país no sea perfecto y su efectividad varíe según la institución donde se lleve a cabo, es durante este tiempo donde se logran acumular experiencias enriquecedoras y un entrenamiento vital que jugarán un papel crucial en la práctica médica futura. Es imprescindible enfatizar que el aprendizaje en medicina es un proceso incesante, que implica la necesidad de adquirir y perfeccionar habilidades y conocimientos de manera independiente, considerando que el ámbito médico está en una renovación constante. Por ello, es primordial que tanto los internos como los futuros médicos se comprometan a estar al día con los avances y novedades en el campo de la medicina.

CONCLUSIONES

1. El año terminal de la educación pregrado en Medicina General es fundamental para el desarrollo del futuro profesional médico. Durante este lapso, los internos de medicina no solo desarrollan competencias para identificar las diversas manifestaciones clínicas asociadas con distintas patologías en los pacientes examinados, sino que también integran y aplican sus conocimientos teóricos y prácticos clínicos con el objetivo de proporcionar un tratamiento integral y efectivo a cada paciente.

2. Los internos de medicina logran la maestría en habilidades clínicas esenciales a través de sus prácticas clínicas en establecimientos hospitalarios, enfatizando la importancia de la bioseguridad mediante el uso de equipamiento proporcionado por los entes de salud. En las rotaciones de emergencia, se da prioridad a la observancia de protocolos de seguridad, como la higiene de manos, sin omitir el fomento de la praxis médica y la comprensión empática hacia el paciente.

3. Es imprescindible reforzar esta etapa culminante de formación preprofesional en el sector de la salud para compensar las restricciones prácticas enfrentadas anteriormente, dado que, en los años previos, la enseñanza teórica y práctica se realizó de manera virtual debido a la contingencia sanitaria global.

RECOMENDACIONES

1. En el contexto del cuidado de la salud, donde la sinergia del equipo multidisciplinario es imprescindible, la comunicación asertiva emerge como una competencia clave. Esta habilidad es primordial para la colaboración efectiva, optimiza la toma de decisiones y fomenta el bienestar de los profesionales sanitarios y pacientes.

2. La empatía se manifiesta como un puente emocional entre el personal sanitario y el paciente, reforzando la relación y propiciando una comunicación más franca y eficaz. Esta proximidad emocional fomenta la confianza, un elemento vital para una relación de colaboración en la toma de decisiones médicas. Además, la empatía no sólo enriquece la experiencia del paciente, sino que también puede influir positivamente en los desenlaces clínicos. La comprensión y conexión emocional son pilares de la medicina centrada en el paciente.

3. Es vital enfatizar la importancia de utilizar correctamente el equipo de protección personal (EPP) en contextos médicos y en situaciones que requieran protección individual. Este uso adecuado del EPP es esencial para garantizar la seguridad tanto de los profesionales de la salud como de los pacientes, minimizando el riesgo de transmisión de infecciones y asegurando un entorno de trabajo seguro. El EPP es vital para salvaguardar a los profesionales de la salud de riesgos biológicos, químicos o físicos inherentes a su entorno laboral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moncada S. DÍA DEL INTERNO DE MEDICINA: MÉDICOS EN FORMACIÓN [Internet]. Consejo Regional III - Lima CMP. 2022 [citado el 14 de enero de 2024]. Disponible en: <https://cmplima.org.pe/dia-del-interno-de-medicina-medicos-en-formacion/>
2. Planes del Seguro Integral de Salud (SIS) [Internet]. 2024 [citado el 14 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/130-seguro-integral-de-salud-sis>
3. Ministerio de Salud - MINSA [Internet]. 2024 [citado el 25 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/minsa>
4. Apendicitis - Trastornos gastrointestinales [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado el 14 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-gastrointestinales/abdomen-agudo-y-gastroenterolog%C3%ADa-quir%C3%BAgica/apendicitis>
5. Collard M, Maggiori L. Tratamiento de la apendicitis aguda del adulto. EMC - Técnicas Quirúrgicas - Aparato Digestivo. 2024;40(1):1–15. doi:10.1016/S1282-9129(23)48665-5
6. Apendicitis aguda: relación entre el retraso en el tratamiento quirúrgico y sus complicaciones. [citado el 25 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/68118>
7. Revisión de los traumatismos abdominales - Lesiones y envenenamientos [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado el 25 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/lesiones-y-envenenamientos/traumatismo-abdominal/revisi%C3%B3n-de-los-traumatismos-abdominales>

8. Herrera EEP, Rumiguano KJS, Fernandez ENL, Cumbajín REM. Cirugía de control de daños en traumatismo abdominal. RECIMUNDO. 2023;7(2):487–95. doi:10.26820/recimundo/7. (2).jun.2023.487-495
9. Cerutti CNM, Lorenzetti Y, Basa EA, López JM, Trevisan SO, Cerutti CNM, et al. Abordaje laparoscópico del traumatismo abdominal. Experiencia en un hospital de trauma. Revista argentina de cirugía. 2022;114(3):214–24. doi:10.25132/raac.v114.n3.1602
10. Escalante MFB, Rivas MRM, Portuguez JJO. Sinovitis transitoria de cadera: Diagnóstico diferencial y abordaje diagnóstico. Revista Médica Sinergia. 2023;8(6):e979–e979. doi:10.31434/rms.v8i6.979
11. www.ilogica.cl I-. El niño que cojea: sinovitis transitoria y cuándo sospechar una infección osteoarticular [Internet]. Escuela de Medicina. [citado el 25 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/el-nino-que-cojea-sinovitis-transitoria-y-cuando-sospechar-una-infeccion-osteoarticular/>
12. Sociedad Argentina de Reumatología. Desde 1937 comprometida con el progreso de la reumatología [Internet]. [citado el 25 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.reumatologia.org.ar/enfermedades_reumaticas_detalle.php?IdEnfermedad=41
13. Vega-Briceño LE. ACTUALIZACION DE LA BRONQUIOLITIS AGUDA. Neumol Pediatr. 2021;16(2):69–74. doi:10.51451/np.v16i2.326
14. W AVZ, R MPM. BRONQUIOLITIS AGUDA:TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA. Neumol Pediatr. 2020;15(1):251–6. doi:10.51451/np.v15i1.56
15. Alvarez LAP, Campos YP, Díaz SC, Pérez EF, Alvarez OLP. Manejo de la bronquiolitis aguda en el servicio de neumología pediátrica de Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas. 2020;24(5):1–8.

16. Vega Mendoza DL, Valderrama Ardila M, Valdivia Álvarez I, Valdés Ramírez O, Vega Mendoza DL, Valderrama Ardila M, et al. Uso de solución salina hipertónica al 3 % en niños con bronquiolitis aguda. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [Internet]. 2022 [citado el 25 de febrero de 2024];38(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252022000200019&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
17. Rius Peris JM, Maraña Pérez AI, Valiente Armero A, Mateo Sotos J, Guardia Nieto L, Torres AM, et al. La radiografía de tórax en la bronquiolitis aguda: calidad técnica, hallazgos y evaluación de su fiabilidad. *Anales de Pediatría*. 2021;94(3):129–35. doi:10.1016/j.anpedi.2020.03.011
18. Infecciones de la Vías Urinarias y de Trasmisión Sexual | Nefrología al día [Internet]. [citado el 14 de enero de 2024]. Disponible en: <http://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-infecciones-vias-urinarias-trasmision-sexual-462>
19. González Castro E. Revisión sistemática de la respuesta a tratamiento no activo en pacientes con pielonefritis aguda adquirida en la comunidad por microorganismos productores de betalactamasas de espectro extendido. Universidad Nacional de Colombia; 2021 [citado el 25 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/80091>
20. Nova Herrera N. Incidencia de pielonefritis aguda en el embarazo, tasa de curación microbiológica y resultados maternos en la Clínica Foscal Floridablanca, Colombia. [citado el 25 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://repository.unab.edu.co/handle/20.500.12749/7316>
21. Carreño C, Darlic V, Gómez L, Ojeda MJ, Parra P, Quiroz S. Pielonefritis aguda, análisis descriptivo de la situación epidemiológica de la hospitalización y mortalidad en Chile, 2002-2016. *Revista Confluencia*. 2020;3(2):26–31.

22. 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
23. Características citológicas previas al diagnóstico de cáncer de cérvix en mujeres de Medellín (Colombia) [Internet]. [citado el 25 de febrero de 2024]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-71072020000300231&script=sci_arttext
24. Sánchez-Gil A, Moreno M-I, Ballesta-Ruiz M, Vaamonde-Martín R-J, Tortosa-Martínez J, Garrido-Gallego S-M, et al. Cáncer de cérvix. Situación en la Región de Murcia. Actualización 1983-2018. 2023 [citado el 25 de febrero de 2024]; Disponible en: <https://sms.carm.es/ricsmur/handle/123456789/12544>
25. Castelo Fernández B, Redondo Sánchez A, Bernal Hertfelder E, Ostios García L. Cáncer de cérvix. Cáncer de endometrio. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2017;12(34):2036–46. doi:10.1016/j.med.2017.05.003
26. Mora AS, Castillo AS, Ellis CG. Actualización de prevención y detección de cáncer de cérvix. *Revista Medica Sinergia*. 2020;5(3):e395–e395. doi:10.31434/rms.v5i3.395
27. Arévalo B. AR, Arévalo Salazar DE, Villarroel Subieta CJ. EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO. *Revista Médica La Paz*. 2017;23(2):45–56.
28. Benítez Vargas KM. EFICACIA DE LA APLICACIÓN DE OSCILACIONES PROFUNDAS COMO TRATAMIENTO DE LA CELULITIS EN MIEMBROS INFERIORES DE MUJERES JÓVENES ENTRE 20 Y 25 AÑOS DE EDAD. 2019 [citado el 25 de febrero de 2024]; Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/105340>
29. Ortiz-Lazo E, Arriagada-Eggen C, Poehls C, Concha-Rogazy M. Actualización en el abordaje y manejo de celulitis. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2019;110(2):124–30. doi:10.1016/j.ad.2018.07.010

30. Rojas LAJ. Celulitis. *Revista Médica Sinergia*. 2018;2(06):6–9.
31. Villamil Manrique NF, Torres Virgüez AG, Soto Duran JE, Claros Achury AD, Sarmiento Trujillo CT, Ramírez Olaya LC, et al. Factores de riesgo para la celulitis de miembros inferiores: revisión sistemática y metaanálisis. *Piel*. 2023;38(10):619–27. doi:10.1016/j.piel.2023.05.005
32. Carro GV, Saurral R, Witman EL, Braver JD, David R, Alterini P, et al. Ataque de pie diabético. Descripción fisiopatológica, presentación clínica, tratamiento y evolución. *Medicina (Buenos Aires)*. 2020;80(5):523.
33. Calles O, Sánchez M, Miranda T, Villalta D, Paoli M. FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE PIE DIABÉTICO. 2020;
34. Mendoza-Martínez P, Almeda-Valdes P, Janka-Zires M, Gómez-Pérez FJ. Características clínicas y microbiológicas de pacientes con pie diabético. *Med Int Mex*. 2021;37(2):196–211.
35. Castelo-Rivas WP, García-Vela SV, Viñan-Morocho JB, Castelo-Rivas WP, García-Vela SV, Viñan-Morocho JB. Cuidado humanizado de enfermería a pacientes con pie diabético del Hospital General Santo Domingo- Ecuador. *Revista Archivo Médico de Camagüey [Internet]*. 2020 [citado el 25 de febrero de 2024];24(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-02552020000600004&lng=es&nrm=iso&tlng=en
36. Martínez García RM, Fuentes Chacón RM, Lorenzo Mora AM, Ortega RM, Martínez García RM, Fuentes Chacón RM, et al. La nutrición en la prevención y curación de heridas crónicas. Importancia en la mejora del pie diabético. *Nutrición Hospitalaria*. 2021;38(SPE2):60–3. doi:10.20960/nh.3800

ANEXOS

Anexo 1

Tabla 1: Etiología de la cojera infantil (1)

1-5 años	5-12 años	13-19 años
Sinovitis transitoria	Sinovitis transitoria	Esguinces
Displasia de caderas	Fracturas	Epifisiolisis
Enfermedades Neuromusculares	Enfermedad de Perthes	Enfermedad de Perthes
Fractura de Toddler	Artritis Séptica	Osteomielitis
Artritis Séptica	Tumores	Artritis reumatoide juvenil
Osteomielitis	Osteomielitis	Tumores

Anexo 2

Tabla I. Clasificación de Wagner

Grado 0	Ausencia de úlcera. Pie en riesgo (deformidad, hiperqueratosis)
Grado 1	Úlcera superficial
Grado 2	Úlcera profunda que incluye tendón y cápsula articular
Grado 3	Úlcera profunda con abscesos, osteomielitis o sepsis articular
Grado 4	Gangrena localizada (antepié o talón)
Grado 5	Gangrena extensa

Adaptado de referencia ⁷.

Tabla II. Clasificación topográfica y grados de gravedad del pie diabético San Elián

Factores Anatómicos Topográficos	Localización o zona de la herida inicial	1. Falángica o digital con o sin extensión al resto del pie. 2. Metatarsal con o sin extensión al resto del pie. 3. Tarsal en talón y medio pie, con o sin extensión a todo el pie.
	Aspecto Topográfico	1. Dorsal o plantar 2. Lateral 3. Más de 2 aspectos
	Nº de zonas afectadas	1. Una 2. Dos 3. Todo el pie (heridas múltiples)
Factores agravantes	Izquemia (índice Tobillo/Brazo)	0. No isquemia: 0.91 – 1.21 1. Leve: 0.7 – 0.9 2. Moderada: 0.51 – 0.69 3. Grave o crítica: < 0.5
	Infección	0. No infección 1. Leve: Eritema < 2cm, induración, calor, dolor y secreción purulenta. 2. Moderada: Eritema > 2cm. Afectación de músculo, tendón, hueso o articulación. 3. Grave: Respuesta inflamatoria sistémica
	Edema	0. No edema 1. Perilesional 2. Sólo el pie y/o la extremidad afectada 3. Bilateral secundario a enfermedad sistémica
	Neuropatía	0. No neuropatía 1. Disminución de la sensibilidad protectora o vibratoria. 2. Ausencia de la sensibilidad protectora o vibratoria. 3. Neuro-osteootropatía diabética (Artropatía de Charcot).
Factores de afección tisular de la herida	Profundidad	1. Superficial (Sólo piel) 2. Úlcera profunda (Toda la dermis) 3. Todas las capas (Incluye hueso y articulación)
	Área en cm ²	1. Pequeña < 10cm ² 2. Mediana de 10 – 40cm ² 3. Grande > de 40cm ²
	Fases de cicatrización	1. Epitelización 2. Granulación 3. Inflamación

Grado	Gravedad	Puntaje inicial	Pronóstico
I	Leve	< 10	Probable curación exitosa de la herida
II	Moderada	11- 20	Riesgo de pérdida del pie; la respuesta dependerá de la terapia utilizada y de la respuesta biológica del paciente
III	Severa	21 – 30	Condición con riesgo de pérdida de la extremidad y la vida, independientemente de la terapéutica empleada y la respuesta del paciente

Adaptado de referencia ¹¹.