

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, LIMA 2023-2024

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA

PRESENTADO POR

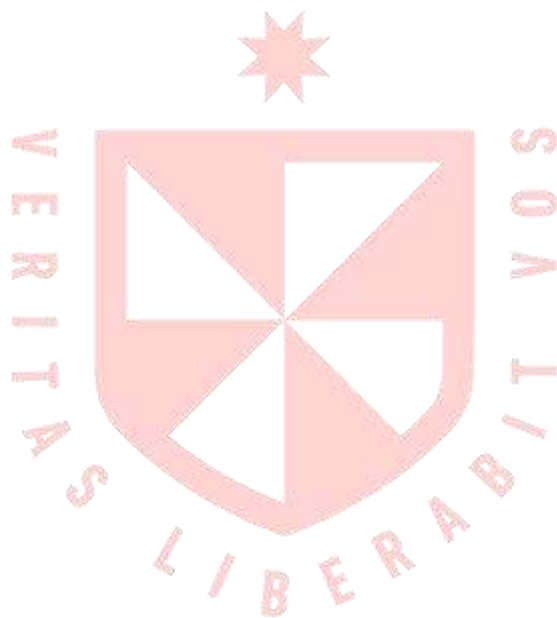
SILVIA LUCÍA PALOMARES ALVA

ASESORA

YOVANNA ELIZABETH MAYOR HERNANDEZ

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/>



USMP

UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, LIMA 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

SILVIA LUCÍA PALOMARES ALVA

ASESORA

MC YOVANNA ELIZABETH MAYOR HERNANDEZ

**LIMA-PERÚ
2024**

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mis padres, quienes me han proporcionado las bases sólidas necesarias para formarme en el profesional que soy hoy.

Al Hospital Nacional Hipolito Unanue, por permitirme realizar mi internado médico y a cada uno de los doctores por sus enseñanzas diarias durante este camino.

ÍNDICE

JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
I.1. Rotación en Pediatría	1
I.2. Rotación en Medicina Interna	8
I.3. Rotación en Cirugía General y Digestiva	15
I.4 Rotación en Ginecología y Obstetricia.....	23
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA....	30
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL.....	33
III.1. Rotación en Pediatría.....	36
III.2. Rotación en Medicina Interna	39
III.3. Rotación en Cirugía General y Digestiva	42
III.4 Rotación en Ginecología y obstetricia	46
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN A LA CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	51
V. CONCLUSIONES.....	53
VI. RECOMENDACIONES	54
VII. FUENTES DE INFORMACIÓN	56
ANEXOS.....	62

RESUMEN

El presente trabajo relata la vivencia durante el internado médico en el Hospital Nacional Hipolito Unanue durante el periodo abril 2023 a enero 2024 durante el séptimo año de pregrado de la carrera de medicina humana; brindando desde una perspectiva integral el aprendizaje adquirido durante el desarrollo del internado médico plasmado en la revisión, análisis y discusión de ocho casos clínicos que fueron desarrollados en los servicios de pediatría, medicina interna, cirugía general y digestiva y ginecología y obstetricia.

Objetivo: Detallar los signos y síntomas presentados por los pacientes, los diagnósticos planteados y los tratamientos administrados en cada caso, contrastando esta información con la literatura médica basada en evidencias. Además, se realiza una reflexión sobre la perspectiva del estudiante durante esta etapa formativa y su evolución a lo largo de diez meses de aprendizaje.

Resultados: Se analizan ocho casos clínicos de patologías pertenecientes a las cuatro grandes rotaciones. Este análisis de casos clínicos permite evaluar el abordaje integral del paciente y adquirir conocimientos para el futuro.

Conclusiones: El internado médico es una fase crucial en la formación de todos los estudiantes de medicina que permite que se materialicen los conocimientos teóricos adquiridos a lo largo de seis años de estudio; teniendo la oportunidad de establecer un contacto más cercano y directo con los pacientes, y así de esta manera poder desarrollar habilidades y competencias, las cuales ayudarán en un futuro desempeño como profesionales médicos de la salud.

Palabras clave: Internado médico, Pediatría, Medicina Interna, Cirugía General y Digestiva y Ginecología y Obstetricia

ABSTRACT

This work recounts the experience during the medical internship at the Hipolito Unanue National Hospital during the period from April 2023 to January 2024, during the seventh year of undergraduate studies in the field of human medicine. It provides, from a comprehensive perspective, the learning acquired during the development of the medical internship reflected in the review, analysis, and discussion of eight clinical cases that were conducted in the pediatric, internal medicine, general and digestive surgery, and gynecology and obstetrics services.

Objective: To detail the signs and symptoms presented by the patients, the diagnoses proposed, and the treatments administered in each case, contrasting this information with evidence-based medical literature. Additionally, a reflection is made on the student's perspective during this formative stage and their evolution over ten months of learning.

Results: Eight clinical cases of pathologies belonging to the four major rotations are analyzed. This analysis of clinical cases allows for the evaluation of the comprehensive patient approach and the acquisition of knowledge for the future.

Conclusions: Medical internship is a crucial phase in the training of all medical students that allows the theoretical knowledge acquired over six years of study to materialize. It provides the opportunity to establish closer and more direct contact with patients, thus developing skills and competencies that will aid in future performance as healthcare professionals.

Keywords: Medical internship, Pediatrics, Internal Medicine, General and Digestive Surgery and Gynecology and Obstetrics

NOMBRE DEL TRABAJO

**DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO U
NANUE, LIMA 2023-2024**

AUTOR

SILVIA LUCÍA PALOMARES ALVA

RECuento de palabras

14607 Words

RECuento de caracteres

86497 Characters

RECuento de páginas

70 Pages

Tamaño del archivo

1.3MB

Fecha de entrega

May 7, 2024 2:17 PM GMT-5

Fecha del informe

May 7, 2024 2:19 PM GMT-5

● **19% de similitud general**

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

- 19% 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



MC Yovanna Elizabeth Mayor Hernández
ORCID: 0009-0009-2535-9814

INTRODUCCIÓN

La formación del médico peruano se extiende a lo largo de un riguroso proceso académico de siete años en facultades de medicina debidamente certificadas y reconocidas por las autoridades gubernamentales en el territorio peruano. Este periplo educativo comprende cinco años de estudios teórico-prácticos, seguidos por un año de práctica externa y otro año de internado. Es en este último tramo, el séptimo año del programa de formación, donde el estudiante de medicina consolida y pone en práctica de manera integral los conocimientos y habilidades adquiridas durante su trayectoria pregrado, a través de la atención directa a pacientes en los hospitales asignados. (1)

El internado médico constituye una fase crucial en la formación de los futuros médicos, en la cual se busca no solo el desarrollo técnico y clínico, sino también la consolidación de una sólida ética profesional y un profundo compromiso con el bienestar de los pacientes. Bajo la tutela y supervisión de médicos especialistas, residentes y personal médico experimentado, los internos tienen la oportunidad de integrarse plenamente en el entorno hospitalario, adquiriendo una comprensión práctica de los procedimientos médicos, la gestión de casos clínicos y la toma de decisiones en situaciones reales.

Durante el período de internado, que abarca un total de diez meses, se distribuyen rotaciones equitativas en diversas especialidades médicas, como ginecología y obstetricia, medicina interna, cirugía, pediatría y primer nivel de atención. Esta diversificación permite a los internos obtener una visión holística de la atención médica, así como desarrollar habilidades específicas en áreas clave de la medicina. (1)

Además del aspecto clínico, el internado también proporciona una invaluable oportunidad para el desarrollo de habilidades interpersonales, comunicativas y de trabajo en equipo, aspectos fundamentales en el ejercicio de la medicina moderna. Los internos tienen la oportunidad de interactuar directamente con pacientes, familiares y otros profesionales de la salud, lo que les permite perfeccionar su capacidad para establecer relaciones empáticas, comunicarse efectivamente y colaborar de manera eficiente en entornos multidisciplinarios.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

I.1. ROTACIÓN EN PEDIATRÍA

Caso clínico Nº 1: Enfermedad Diarreica Aguda

Anamnesis

Paciente masculino de 2 años procedente del distrito de Ate Vitarte, acude a emergencia a las 10:00 hrs acompañado de su madre, la cual refiere que su menor hijo presenta desde hace 2 semanas episodio de tos con flema y fiebre, motivo por el acudió a emergencia donde recibió terapia de rescate inhalatoria con salbutamol, cediendo parcialmente los síntomas. Al momento acude a emergencia, debido que se sobreagregada a la sintomatología ya mencionada más episodios de vómitos, teniendo en total 10 vómitos de contenido alimentario y 5 cámaras de deposiciones líquidas, sin moco y con sangre; por tal razón acude a emergencia.

Funciones biológicas

- Sueño: disminuido
- Apetito: disminuido
- Sed: disminuido
- Orina: conservado
- Deposiciones: aumentadas y líquidas
- Peso: disminuido

Antecedentes prenatales

- n.º gestación: primera
- CPN: 2 en el centro de salud
- Complicaciones: IT: Niega; IIT: Niega; IIIT: Niega

Antecedentes natales

- Parto: eutócico Hospital Nacional Hipolito Unanue
- Edad gestacional: 26 semanas
- Apgar: 7-8
- Peso al nacer: 1 kg
- Talla al nacer: 30 cm
- Perimetro cefalico: 30 cm

Antecedentes postnatales

- Desarrollo psicomotor: acorde a la edad
- Inmunizaciones: Completas, de acorde a la edad
- Patologías previas: bronquiolitis
- Hospitalizaciones:
 - Febrero 2022: UCI neonatología (2 meses)
 - Mayo 2022: Pediatría hospitalización, dx: bronquiolitis (1 semana)
 - Agosto 2022: Pediatría hospitalización, dx: bronquiolitis (1 semana)
- Quirúrgicos: Postoperado de retinopatía prematuro 2022
- Alergias: niega
- RAMS: niega

Antecedentes familiares:

- Padre: aparentemente sano
- Madre: Trastorno de ansiedad y depresión en tratamiento

Antecedentes epidemiológicos

- Cuenta con luz, agua y desagüe. Niega contacto con personas con tuberculosis y viajes recientes. Cría un hamster.

Exámen físico

T°: 36.9°C **FC:** 110 x' **FR:** 35 x' **SatO2:** 97% **FiO2:** 0.21

PA: 100/72 mmHg **Peso:** 9.200 kg **Talla:** 80 cm

General: Paciente en aparentemente regular estado general, mal estado de nutrición e hidratación.

Examen físico por aparatos y sistemas:

- **Piel y mucosas:** tibia, moderadamente deshidratada, elástica, llenado capilar inferior a 2 segundos, signo de pliegue positivo. Palidez de piel y mucosas +/-++.
- **Cabeza:** normocéfalo, ojos hundidos, boca y lengua semi secas.
- **Tórax y pulmones:** tórax simétrico, pasaje adecuado en ambos campos pulmonares de murmullo vesicular, no presencia de ruidos agregados.

- **Aparato cardiovascular:** ruidos cardiacos de buena intensidad y aumentado de frecuencia. No soplos audibles.
- **Abdomen:** No presencia de distensión abdominal, ruidos hidroaéreos presentes y aumentados en frecuencia, blando y depresible, no impresiona doloroso a la palpación.
- **Genitourinario:** Puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativos, genitales externos masculinos adecuados para edad, lesión eritematosa en región anal.
- **Sistema nervioso central:** Despierto, con tendencia al sueño, no signos meníngeos ni focalización.

Diagnósticos planteados

- Enfermedad diarreica aguda
- Deshidratación moderada
- Síndrome emético
- Gastroenteritis a descartar etiología bacteriana o viral
- Dermatitis de pañal

Plan de trabajo

- Indicaciones médicas
- Solicitar hemograma, glucosa, urea, creatinina, reacción inflamatoria en heces, electrolitos en sangre, proteína C reactiva y examen de orina
- Hidratación vía endovenosa
- Interconsulta a nutrición

Exámenes auxiliares

Laboratorio

- Hemograma: Leucocitosis (20930 K/uL) segmentados en 83.2%, Hemoglobina 10.7 g/dL, plaquetas 400 000 uL
- Urea: 34.2 mg/dl
- Creatinina: 0.4 mg/dl
- Electrolitos: Na: 134.2 mmol/L; K: 5.32 mmol/L; Cl⁻: 106.5 mmol/L
- Glucosa: 99.22 mg/dl
- Reacción inflamatoria en heces: Positivo, polimorfonucleares 80%

- Proteína C reactiva: 0.06 mg/dl
- Examen de orina: color amarillo transparente leucocitos 0-1 x campo, nitritos negativos, proteínas negativas, germenescasos.
- Coprocultivo: consistencia líquida, color marrón sanguinolento, microorganismo aislado shigella spp

Tratamiento

- Dextrosa al 5% 1000cc más NaCl 20% 40 cc más KCl 20% 10 cc, e.v en razón a 50 cc por hora por 1 día
- NPO, luego progresar a dieta blanda más líquidos a voluntad más fórmula polimerica 200 cc por 3 tomas
- Ranitidina 10 mg e.v c/8 horas
- Ceftriaxona 250 mg e.v c/12 horas
- Simeticona 20 gotas v.o c/6 horas
- Metamizol 1 g e.v condicional a temperatura corporal mayor a 38°C
- Ordarsentron 2 amp e.v condicional a vómitos
- Oxido de zinc/nistatina aplicar en cada cambio de pañal en región perianal
- CFV + OSA + BHE

Caso clínico Nº 2: Tuberculosis Pleural

Anamnesis

Paciente masculino de 10 años proviniendo del distrito de San Juan de Lurigancho acude procedente del servicio de consultorio externo con un tiempo de enfermedad de 5 semanas aproximadamente. Madre refiere que el menor hijo presentaba un cuadro caracterizado por sensación de alza térmica no cuantificado, acompañado de 1 episodio de vómito de contenido alimentario, sin presencia de sangre; motivo por el cual acude a su centro de salud más cercano a su domicilio donde fue diagnosticado de COVID-19, donde le prescribieron paracetamol cediendo parcialmente los síntomas. 4 semanas antes del ingreso, la madre refiere persistencia de sensación de alza térmica, sobreagregados tos sin expectoración, motivo por el cual acude a un centro hospitalario donde le realizan terapia inhalatoria con salbutamol 2 puff cada 12 horas. 3 semanas antes del ingreso, al persistir la sintomatología, paciente acude a un centro

hospitalario particular donde le realizan una placa de tórax evidenciando un cuadro de derrame pleural en hemitórax izquierdo, acudiendo a un centro hospitalario donde se realizan la referencia correspondiente al Hospital Nacional Hipolito Unanue. Paciente ingresa a consultorio externo de neumología pediátrica con los exámenes ya solicitados anteriormente por otras entidades hospitalarias, lugar donde le realizan una ecografía de tórax, evidenciando líquido libre en hemitórax izquierdo de aproximadamente 676 cc; al momento paciente refiere sudoración por las noches y baja de peso de aproximadamente 3 kilos en 1 mes.

Funciones biológicas

- Sueño: disminuido
- Apetito: disminuido
- Sed: conservado
- Orina: conservado
- Deposiciones: conservado
- Peso: disminuido

Antecedentes personales

Antecedentes prenatales

- n.º gestación: tercera
- CPN: 8 controles en el centro de salud
- Complicaciones: IT: Niega; IIT: Niega; IIIT: Niega

Antecedentes natales

- Parto: eutócico en Hospital Nacional Hipolito Unanue
- Edad gestacional: 37 semanas
- Apgar 9' 9'
- Peso al nacer: 3 000 kg.
- Talla al nacer: 42 cm
- Perimetro cefalico: 35 cm

Antecedentes postnatales

- Desarrollo psicomotor: acorde a la edad

- Inmunizaciones: completas, de acorde a la edad
- Patologías previas: niega
- Hospitalización: niega
- Cirugía previa: niega
- Alergias: niega
- RAMS: niega

Antecedentes familiares

- Padre: aparentemente sano
- Madre: TBC pulmonar en el 2015, tratamiento completo.

Antecedentes epidemiológicos

- Cuenta con luz, agua y desagüe; niega crianza de animales y viajes recientes. Contacto con un familiar (tío) con diagnóstico y tratamiento de TBC hace 3 meses.

Exámen físico

Tº: 37.3C **FC:** 89 x' **FR:** 22 x' **SatO2:** 96% **FiO2:** 0.21

PA: 110/70 mmHg **Peso:** 31.80 kg **Talla:** 1.40 cm

General: Paciente en aparentemente regular estado general, nutrición e hidratación.

Examen físico por aparatos y sistemas:

- **Piel y mucosas:** tibia, hidratada y elástica, llenado capilar inferior a 2 segundos. No palidez, no cianosis, no ictericia.
- **Cabeza:** normocéfalo, pupilas isocóricas y fotoreactivas, boca y lengua hidratadas.
- **Tórax y pulmones:** tórax simétrico, murmullo disminuido en cara lateral y base del hemitórax izquierdo. No se auscultan ruidos agregados. Matidez en $\frac{2}{3}$ inferiores del hemitórax izquierdo.
- **Aparato cardiovascular:** ruidos cardiacos de buena intensidad. No soplos audibles.
- **Abdomen:** No presencia de distensión abdominal, ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible, no impresiona doloroso a la palpación.

- **Genitourinario:** Puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativos, genitales externos masculinos adecuados para edad.
- **Sistema nervioso central:** Localizado en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos ni focalización. Escala de Glasgow 15/15.

Diagnósticos planteados

- Derrame pleural izquierdo
D/C Tuberculosis pleural

Plan de trabajo

- Indicaciones médicas
- Se solicita Bk seriado en esputo
- Se solicita Bk aspirado gástrico
- Se solicita Hemograma, PCR, electrolíticos, perfil de coagulación, pancultivo
- Interconsulta a neumología pediátrica
- Interconsulta a cirugía cardiovascular torácica
- Se solicita radiografía de tórax
- Se solicita ecografía pulmonar

Exámenes auxiliares:

Ecografía torácica

- Hemitórax derecho: se explora hemitórax cara anterior, lateral y posterior, no se define imagen en relación a colección libre y /o tabicada
- Hemitórax izquierdo: Se explora hemitórax cara anterior, lateral y posterior. definiéndose imagen en relación a colección loculada, de aspecto denso y tabicaciones gruesas volumen 267 cc
- Conclusión: Colección loculada en espacio pleural izquierdo

Laboratorio

- Hemograma: Leucocitos: 6048 K/uL; eosinófilos 11.4%; hemoglobina 11.4 g/dL; plaquetas 360 000 uL
- Perfil de coagulación: Tiempo de protrombina (TP): 12.2 seg; INR 1,11;

- Tiempo de tromboplastina parcial: 38.4 seg
- Electrolitos: Na+: 138.7 mmol/L; K⁺: 4.74 mmol/L; Cl⁻:106.8 mmol/L; Ca: 10.17 mmol/L
- Proteína C reactiva de alta sensibilidad 1.74 mg/dl
- Glucosa basal: 100.08 mg/dl
- Perfil hepática: proteínas totales: 8.33 g/dl; globulina: 4.30 g/dl; Fosfatasa alcalina: 110.36 U/L; gamma glutamil: 17.39 U/L; bilirrubina directa: 0.32 mg/dl; bilirrubina indirecta: 0.26 mg/dl; TGO: 15.89 U/L
- Bk en esputo: Mycobacterium tuberculosis no detectado
- Bk en líquido pleural: Mycobacterium tuberculosis detectado
- Adenosin deaminasa de líquido pleural (ADA): 50.95 (VN: 0-30 U/L)
- Líquido citoquímico: Leucocitos 200 mm³, polimorfonucleares: 15%, mononucleares: 85%; hematíes 1700 mm³

Tratamiento:

- Dieta completa + líquidos a voluntad
- Ceftriaxona 3.2 gr e.v c/24 horas
- Tratamiento específico
 - Isoniacida 175 mg v.o c/24 horas
 - Rifampicina 350 mg v.o c/24 horas
 - Etambutol 700 mg v.o c/24 horas
 - Pirazinamida 875 mg v.o c/24 horas
- Paracetamol 500mg v.o PRN T^o> 38°C
- O₂ suplementario para mantener SAT O₂ > 91%
- CFV + OSA + BHE

I.2. ROTACIÓN EN MEDICINA INTERNA

Caso clínico Nº 3: Síndrome de Cushing Exógeno

Anamnesis

Paciente varón de 20 años procedente del distrito de San Juan de Lurigancho, acude proveniente del servicio de emergencia refiriendo un tiempo de enfermedad de aproximadamente 12 días caracterizado por presentar debilidad

muscular en miembros superiores e inferiores, aumento de peso (5 kg) y presencia de lesiones cutaneas atróficas de color rojo vinoso en región abdominal. Dos días antes del ingreso paciente refiere haber presentado cefalea holocraneana de moderada intensidad y la percepción de zumbidos en el oído derecho; motivo por el cual acude a un centro de salud cercano a casa donde evidencian una presión arterial de 145/90 mmHg, posteriormente siendo referido de emergencia al Hospital Nacional Hipolito Unanue.

Funciones biológicas

- Sueño: aumentado
- Apetito: disminuido
- Sed: conservado
- Orina: conservado
- Deposiciones: disminuido
- Peso: aumentado

Antecedentes personales

- Inmunizaciones: Completas, de acorde a la edad.
- Patologías previas: glioma de alto grado en región parietal derecha diagnosticado mayo 2023
- Hospitalizaciones: intervención quirúrgica Julio 2023
- Quirúrgicos: craneotomía parietal derecha Julio 2023
- Alergias: niega
- RAMS: niega
- Medicación: prednisona 20 mg v.o c/24 horas por 21 días , tramadol 50mg v.o c/8 horas por 5 días y dimenhidrinato 50 mg v.o c/ 6 horas por 3 días
- Hábitos nocivos: niega

Antecedentes familiares

- Padre: aparentemente sano
- Madre: aparentemente sana
- Hermano: aparentemente sano

Antecedentes epidemiológicos

- Cuenta con luz, agua y desagüe, cría un perro y un gato. Niega contacto con personas con tuberculosis y viajes recientes.

Exámen físico

T°: 36.8°C **FC:** 102 x' **FR:** 20 x' **SatO2:** 97% **FiO2:** 0.21

PA: 140/80 mmHg **Peso:** 79 kg **Talla:** 1.64 cm

General: Paciente en regular estado general, nutrición e hidratación.

Examen físico por aparatos y sistemas:

- **Piel y mucosas:** tibia, hidratada y poco elástica, llenado capilar inferior a 2 segundos, fóvea en miembros inferiores (++/+++).
- **Cabeza:** normocéfalo, ojos hundidos, boca y lengua semi secas.
- **Tórax y pulmones:** tórax simétrico, pasaje adecuado en ambos campos pulmonares de murmullo vesicular, no presencia de ruidos agregados.
- **Aparato cardiovascular:** ruidos cardiacos de buena intensidad y aumentado de frecuencia. No soplos audibles.
- **Abdomen:** globuloso y con presencia de lesiones cutáneas atroficas de posición vertical de color rojo vinoso. Ruidos hidroaéreos conservados. Abdomen blando depresible, masa palpable a nivel suprapúbico a predominio de lado derecho de aprox 6 cm.
- **Genitourinario:** Puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativos, genitales externos masculinos adecuados para edad, lesion eritematosa en region anal.
- **Sistema nervioso central:** desorientado, disartria, escala de glasgow 13/15. No signos meníngeos, no signos de focalización.

Diagnósticos planteados

- D/C Síndrome de Cushing
- Post operado de craneotomía parietal por glioma de alto grado

Plan de trabajo

- Se solicita hemograma , perfil tiroideo, perfil hepático, cortisol en sangre y tomografía cerebral
-

- Interconsulta a endocrinología
- Interconsulta a nutrición

Exámenes auxiliares

Tomografía cerebral

- Pérdida parcial de la arquitectura a nivel parietal derecho, en correlación a antecedente quirúrgico
- Resto de áreas normales, no se visualizan lesiones focales ni difusas.

Laboratorio

- Hemograma: leucocitos 9 000 K/uL, hemoglobina 12.2 mg/dl, plaquetas 350 000 /UL
- Perfil tiroideo: TSH 1.6 , T4 0.97
- Perfil hepático: proteínas totales: 4.70 g/dl; globulina: 2.10 g/dl; Fosfatasa alcalina: 71 U/L; gamma glutamil: 58 U/L; bilirrubina directa: 0.10 mg/dl; bilirrubina indirecta: 0.30 mg/dl; TGO: 16 U/L; TGP: 10 U/L
- Cortisol en sangre: 9 mcg/dl

Tratamiento

- Dieta hiposódica más líquidos a voluntad
- Losartan 50 mg v.o c/ 12 horas
- Dosis de ataque de prednisona 16 mg v.o c/24 horas por 3 días, posterior prednisona 10 mg v.o c/24 horas hasta prescripción de predisona 5 mg v.o c/24 horas
- CFV + OSA + BHE

Caso clínico Nº 4: Pancreatitis Aguda

Anamnesis

Paciente varón de 44 años procedente del distrito de El Agustino, acude proveniente del servicio de emergencia refiriendo un tiempo de enfermedad de aproximadamente 4 días caracterizado por presentar dolor abdominal tipo cólico en el epigastrio, irradiado hacia la espalda, eva 5/10, asociado a náuseas post ingesta de alimentos copiosos. Tres días antes del ingreso, el paciente refiere

presentar 4 episodios de vómitos de contenido alimentario, hiporexia e incremento del dolor abdominal, eva 8/10; motivo por el acude al nosocomio. Durante su estancia en emergencia el paciente percibe mejoría y pide su alta voluntaria. Tres horas posterior al alta voluntaria el paciente refiere presentar 3 episodios de vómitos de contenido bilioso, dificultad para respirar y dolor abdominal tipo cólico en hipocondrios que se irradiaba hacia la región lumbar, eva 10/10; motivo por el cual decide retornar al hospital.

Funciones biológicas

- Sueño: disminuido
- Apetito: disminuido
- Sed: disminuido
- Orina: conservado
- Deposiciones: disminuido
- Peso: disminuido

Antecedentes personales

- Inmunizaciones: Completas, de acorde a la edad
- Patologías previas: litiasis vesicular (hace 9 años), covid-19 (hace 2 años)
- Hospitalizaciones: covid-19, estancia una semana en UCI por Neumonía
- Quirúrgicos: nieva
- Alergias: niega
- RAMS: niega
- Medicación: niega
- Hábitos nocivos: alcohol esporádicamente

Antecedentes familiares

- Padre: cáncer de estómago
- Madre: aparentemente sana
- Hermana: gastritis crónica tratada

Antecedentes epidemiológicos

- Cuenta con luz, agua y desagüe. Niega contacto con personas con tuberculosis, crianza de animales y viajes recientes.

Exámen físico

T°: 38.8°C **FC:** 106 x' **FR:** 20 x' **SatO2:** 98% **FiO2:** 0.21

PA: 120/80 mmHg **Peso:** 60 kg **Talla:** 1.60 cm

General: Paciente en regular estado general, nutrición e hidratación.

Examen físico por aparatos y sistemas:

- **Piel y mucosas:** tibia, hidratada y elástica, llenado capilar inferior a 2 segundos, ictericia en región abdominal, fóvea en miembros inferiores (+/+++).
- **Cabeza:** normocéfalo, ojos hundidos, boca y lengua semi secas.
- **Tórax y pulmones:** tórax simétrico, pasaje adecuado en ambos campos pulmonares de murmullo vesicular, no presencia de ruidos agregados.
- **Aparato cardiovascular:** ruidos cardiacos de buena intensidad y aumentado de frecuencia. No soplos audibles.
- **Abdomen:** globuloso y distendido, Ruidos hidroaéreos conservados. Abdomen blando depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hemiabdomen inferior.
- **Genitourinario:** Puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativos.
- **Sistema nervioso central:** Orientado en las 3 esferas, escala de Glasgow 15/15. No signos meníngeos, no signos de focalización.

Diagnósticos planteados

- Síndrome doloroso abdominal:
 - Litiasis vesicular
 - D/C pancreatitis aguda
- Síndrome febril

Plan de trabajo

- Se solicita análisis de gases arteriales, hemograma, proteína C reactiva, perfil hepático, electrolitos, urea en sangre, creatinina en sangre, glucosa basal, perfil de coagulación, lactato deshidrogenasa, aspartato

- aminotransferasa, ecografía abdominal y colangiografía magnética.
- Interconsulta a gastroenterología

Exámenes auxiliares:

Ecografía abdominal

- Hígado: LHD: 168 mm, tamaño normal, parénquima homogéneo, ecogenicidad moderadamente incrementada, bordes romo y ligeramente irregulares, no dilatación de vías biliares intra ni extra hepáticas. Colédoco: 7 mm Porta: 10 mm
- Vesícula biliar: tamaño de 66 x 45 mm, paredes delgadas y contenido barro biliar, imagen litiásica de 25 mm
- Páncreas: cuerpo 15 mm, resto no visible por interposición gaseosa
- Líquido libre en perihepático, periesplénico y en parietocólico, volumen mayor parietocólico derecho de 86 cc

Colangiografía magnética

- Presencia de edema marginal en colédoco distal

Laboratorio

- Hemograma: Leucocitos: 23002 K/uL; segmentados: 84.6%; hemoglobina 14.5 g/dL; hematocrito: 42.4 %, plaquetas 248 000 uL
- Análisis de gases arteriales: PH: 7.407; pO₂: 55.6 mmHg; Na⁺: 143 mmol/l; K⁺ 4.23 mmol/L; BUN 52 mg/dL
- Perfil de coagulación: Tiempo de protrombina (TP): 11.6 seg; INR 1,06; Tiempo de tromboplastina parcial: 25.9 seg
- Electrolitos: Na⁺: 145.5 mmol/L; K⁺: 4.76 mmol/L; Cl⁻: 113.4 mmol/L; Ca: 1.16 mmol/L
- Proteína C reactiva de alta sensibilidad 39.87 mg/dl
- Glucosa basal: 242.5 mg/dl
- Perfil hepática: proteínas totales: 6.37 g/dl; globulina: 2.49 g/dl; Fosfatasa alcalina: 76.65 U/L; gamma glutamil: 392.35 U/L; bilirrubina directa: 0.91 mg/dl; bilirrubina indirecta: 3.37 mg/dl; TGO: 164.58 U/L; TGP: 122.3 U/L
- Lactato deshidrogenasa: 300 U/L
- Aspartato aminotransferasa: 200 U/L

- Creatinina: 2.85 mg/dl
- Urea: 137.88 mg/dl
- Amilasa: 1498 U/L
- Lipasa: 2232 U/L
-

A las 48 horas

- Hemograma: Leucocitos: 15 000 K/uL; segmentados: 55%; hemoglobina 14.2 g/dL; hematocrito: 41%, plaquetas 244 000 uL
- Análisis de gases arteriales: PH: 7.41; pO2: 53 mmHg; Na+: 138 mmol/l; K+ 4.20 mmol/L; BUN 50 mg/dL
- Electrolitos: Na+: 139 mmol/L; K⁺: 4.24 mmol/L; Cl⁻:112 mmol/L; Ca: 1.20 mmol/L

Tratamiento:

- NPO
- NaCl 0.9% 1000 cc e.v 120 cc/hora
- Omeprazol 40 mg e.v c/24 horas
- Ceftriaxona 2gr e.v c/24 horas
- Metronidazol 500 mg e.v c/8 horas
- Tramadol 50 mg e.v c/8 horas
- Dimenhidrinato 50 mg e.v c/8 horas
- Metamizol 1g e.v c/8 horas
- Dextrosa 5% 1000 cc + NaCl 20% + Kcl 20% e.v 60 cc/ hora
- Hemogluco test cada 8 horas
- CFV + OSA + BHE

I.3. ROTACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

Caso clínico Nº 5: Colecistitis Crónica Calculosa

Anamnesis

Paciente femenina de 29 años proveniente del distrito de Ate, procedente de consultorio externo acude refiriendo un tiempo de enfermedad de aproximadamente 2 meses, caracterizado por presentar ocasionalmente dolor en hipocondrio derecho tipo cólico, escala eva 8/10, irradiado hacia la región

dorsal, asociado a náuseas y vómitos post ingesta de alimentos copiosos. Niega sensación de alza térmica y otros síntomas. Así mismo refiere que en una oportunidad en emergencia se le administro analgesicos y se le realizó exámenes de laboratorio y ecografía abdominal, encontrando valores normales de los resultados y en el ultrasonido presencia de cálculos biliares. Motivo por el cual acude para manejo quirúrgico electivo, niega molestias actualmente.

Funciones biológicas

- Sueño: conservado
- Apetito: disminuido
- Sed: conservado
- Orina: conservado
- Deposiciones: disminuido
- Peso: disminuido

Antecedentes personales

- Inmunizaciones: Completas, de acorde a la edad
- Patologías previas: niega
- Hospitalizaciones: niega
- Quirúrgicos: niega
- Alergias: niega
- RAMS: niega
- Medicación: niega
- Hábitos nocivos: tabaco

Antecedentes fisiológicos

- Menarquia: 14 años
- Régimen catamenial: 4/ 28 días
- Inicio de relaciones sexuales: 15 años
- Número de parejas sexuales: 2
- Fecha de última regla: 10/10/2023
- Fórmula obstétrica: G1 P1001, parto vaginal
- Antecedente de aborto: niega
- Métodos anticonceptivos: ampolla mensual

Antecedentes familiares

- Hermana apendicitis no complicada 2020
- Hermano apendicitis no complicada 2019

Antecedentes epidemiológicos

- Cuenta con luz, agua y desagüe. Niega contacto con personas con tuberculosis y crianza de animales. Viaje reciente a Juliaca en Agosto 2023

Exámen físico

T°: 36.9°C **FC:** 78 x' **FR:** 18 x' **SatO2:** 99% **FiO2:** 0.21

PA: 90/62 mmHg **Peso:** 57 kg **Talla:** 1.63 cm

General: Paciente en regular estado general, nutrición e hidratación.

Examen físico por aparatos y sistemas:

- **Piel y mucosas:** tibia, hidratada y elástica, llenado capilar inferior a 2 segundos. No palidez, no cianosis, no ictericia.
- **Cabeza:** normocéfalo, pupilas isocóricas y fotoreactivas, boca y lengua hidratadas.
- **Tórax y pulmones:** tórax simétrico, pasaje adecuado en ambos campos pulmonares de murmullo vesicular, no presencia de ruidos agregados.
- **Aparato cardiovascular:** ruidos cardiacos de buena intensidad. No soplos audibles.
- **Abdomen:** No presencia de distensión abdominal, ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho. Signo de Murphy negativo.
- **Genitourinario:** Puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativos.
- **Sistema nervioso central:** Orientado en las 3 esferas, escala de
- **Diagnósticos planteados**
- Síndrome doloroso abdominal
 - D/C Colecistitis crónica calculosa

Plan de trabajo

- Se solicita hemograma, examen de orina, urea en sangre, creatinina en sangre, glucosa basal, perfil hepático, perfil de coagulación, hepatitis B y C, Sífilis (PRP), grupo sanguíneo, placa de tórax y ecografía abdominal
- Interconsulta a PROCITS para prueba serológica
- Interconsulta a cardiología
- Interconsulta a anestesiología
- Posibilidad de manejo quirúrgico

Exámenes auxiliares:

Ecografía abdominal

- Hígado: LHD: 124 mm. Tamaño y morfología normal, ecogenicidad conservada. No se aprecia dilatación de vías biliares intrahepáticas y extrahepáticas. Colédoco: 4.3 mm, Porta: 11.3 mm
- Vesícula biliar: 56 mm x 26 mm, pared: 4 mm. Presencia de múltiples imágenes litiasis en su interior, la mayor de 17 mm
- Resto de órganos evaluados ecográficamente conservados

Placa de tórax

- Radiografía de tórax sin hallazgos significativos

Laboratorio

- Hemograma: Leucocitos: 6430 K/uL; segmentados: 58.9%; hemoglobina 12.7 g/dL; plaquetas 258 000 uL
- Perfil de coagulación: Tiempo de protrombina (TP): 11.2 seg; INR 1; Tiempo de tromboplastina parcial: 21 seg
- Examen de orina: color amarillo, aspecto ligeramente turbio, proteínas negativas, nitritos negativos, leucocitos 3-4 x campo
- Proteína C reactiva de alta sensibilidad 39.87 mg/dl
- Glucosa basal: 82.7 mg/dl
- Perfil hepática: proteínas totales: 8.2 g/dl; globulina: 3.5 g/dl; Fosfatasa alcalina: 87.49 U/L; gamma glutamil: 12.27 U/L; bilirrubina directa: 0.13 mg/dl; bilirrubina indirecta: 0.42 mg/dl; TGO: 17.88 U/L; TGP: 10.05 U/L

- Creatinina: 0.6 mg/dl
- Urea: 17.9 mg/dl
- Hepatitis B y C: no reactivo
- HIV: no reactivo
- Sífilis (RPR): no reactivo
- Grupo y factor sanguíneo: O+

Tratamiento

Pre sop

- Dieta blanda más líquido a voluntad, luego NPO
- Vía salinizada
- Cefazolina 2 g e.v pre sop
- Vendar MMII presop
- CFV + OSA + BHE

Post sop

- Tolerancia oral, luego dieta blanda más líquidos a voluntad
- Paracetamol 500 mg v.o PRN a dolor
- Dimenhidrinato 50 mg v.o PRN a náuseas y/o vómitos
- Retiro de gasas y limpieza de herida post operatoria
- Deambulación asistida
- CFV + OSA + BHE

Caso clínico Nº 6: Apendicitis Aguda

Anamnesis

Paciente masculino de 45 años procedente del distrito de Santa Anita, proveniente del servicio de emergencia acude refiriendo un tiempo de enfermedad de 5 días caracterizado por presentar náuseas y vómitos de contenido alimentario, así mismo, acompañado de malestar general y sensación de alza térmica no cuantificada, motivo por el cual acude a centro hospitalario donde recibió medicamentos, cediendo parcialmente los síntomas. 1 día antes

del ingreso, el paciente refiere presentar dolor abdominal tipo cólico en fosa iliaca derecha eva 5/10 no irradiada a otra región, motivo por el cual acude al Hospital Nacional Hipolito Unanue.

Funciones biológicas

- Sueño: conservado
- Apetito: disminuido
- Sed: disminuido
- Orina: conservado
- Deposiciones: conservado
- Peso: conservado

Antecedentes personales

- Inmunizaciones: Completas, de acorde a la edad
- Patologías previas: niega
- Hospitalizaciones: niega
- Quirúrgicos: niega
- Alergias: niega
- RAMS: niega
- Hábitos nocivos: niega

Antecedentes familiares:

- Padre: aparentemente sano
- Madre: aparentemente sano
- Hermano: aparentemente sano
- Hermana: aparentemente sana

Antecedentes epidemiológicos

- Cuenta con luz, agua y desagüe; niega contacto con persona con tuberculosis, crianza de animales y viajes recientes.

Exámen físico

T°: 36.7°C **FC:** 75 x' **FR:** 20 x' **SatO2:** 97% **FiO2:** 0.21

PA: 100/60 mmHg **Peso:** 58 kg **Talla:** 1.65 cm

General: Paciente en aparentemente regular estado general, regular estado de nutrición e hidratación.

Examen físico por aparatos y sistemas:

- **Piel y mucosas:** tibia, hidratada y elástica, llenado capilar inferior a 2 segundos. No palidez, no cianosis, no ictericia.
- **Cabeza:** normocéfalo, pupilas isocóricas y fotoreactivas, boca y lengua hidratadas.
- **Tórax y pulmones:** tórax simétrico, pasaje adecuado en ambos campos pulmonares de murmullo vesicular, no presencia de ruidos agregados.
- **Aparato cardiovascular:** ruidos cardiacos de buena intensidad. No soplos audibles.
- **Abdomen:** Presencia de distensión abdominal, ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible, muy doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha. Signo de Mcburney positivo.
- **Genitourinario:** Puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativos.
- **Sistema nervioso central:** Orientado en las 3 esferas, no signos de focalización, no signos meníngeos. Escala de Glasgow 15/15.

Diagnósticos planteados

- Síndrome doloroso abdominal
 - D/C Apendicitis aguda

Plan de trabajo

- Se solicita hemograma, glucosa basal, urea en sangre, creatinina en sangre, proteína C reactiva de alta sensibilidad, perfil de coagulación, grupo sanguíneo
- Se solicita ecografía abdominal
- Posibilidad de manejo quirúrgico

Exámenes auxiliares

Ecografía abdominal

- En fosa iliaca derecha, se evidencia disminución del peristaltismo intestinal, asociado a alteración de la grasa mesentérica y líquido libre escaso. Así mismo, se observa asa apéndice sugerente de apéndice cecal que mide hasta 12 mm de diámetro anteroposterior.

Laboratorio

- Hemograma: Leucocitos: 11380 K/uL; segmentados: 82.3%; hemoglobina 12.4 g/dL; plaquetas 242 000 uL
- Perfil de coagulación: Tiempo de protrombina (TP): 12.3 seg; INR 1.12; Tiempo de trombotoplastina parcial: 34.9 seg
- Electrolitos: Na⁺: 143.6 mmol/L; K⁺: 3.27 mmol/L; Cl⁻: 116.0 mmol/L; Ca: 1.26 mmol/L
- Proteína C reactiva de alta sensibilidad: 45.13mg/dl
- Glucosa basal: 120.4 mg/dl
- Creatinina: 0.73 mg/dl
- Urea: 26.77 mg/dl
- Grupo sanguíneo: O+

Tratamiento

Pre sop

- NPO
- NaCl 0.9% 1000 cc
- Ceftriaxona 2 gr EV c/24 horas
- Metronidazol 500 mg EV c/8 horas
- Omeprazol 40 mg EV c/24 horas
- Dimenhidrinato 50 mg EV PRN a náuseas y vómitos
- Laparotomía exploratoria
- CFV+ BHE+ OSA

Post sop

- Tolerancia oral, luego dieta líquida restringida
- NaCl 0.9% 1000 cc e.v 60 cc c/ hora
- Dextrosa 5% 1000 cc + NaCl 20% + Kcl 20% e.v 60 cc c/hora
- Omeprazol 40 mg e.v c/24 horas
- Ciprofloxacino 400 mg e.v c/12 horas
- Metronidazol 1gr e.v c/8 horas
- Hemoglucotest cada 8 horas
- CFV + BHE + OSA

I.4. ROTACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Caso clínico Nº 7: Miomatosis Uterina

Anamnesis

Paciente femenina de 39 años procedente del distrito de Santa Anita, acude proveniente del servicio de emergencias ginecológica obstétrica, refiriendo un tiempo de enfermedad de aproximadamente 7 días caracterizado por presentar sangrado vaginal anormal, utilizando 3 a 4 toallas higiénicas en 24 horas; dicha sintomatología asociado a dolor tipo cólico en región pélvica, eva 8/10 no irradiado a otras partes. Motivo por el cual la paciente acude a un centro hospitalario, donde le recetan analgésicos, cediendo parcialmente los síntomas. Un día antes del ingreso la paciente refiere aumento en cantidad de dicho sangrado, llegando a usar 10 toallas higiénicas nocturnas en 24 horas acompañado de pérdida de fuerza y sensación de desvanecimiento, motivo por el cual acude al nosocomio.

Funciones biológicas

- Sueño: aumentado
- Apetito: disminuido
- Sed: disminuido
- Orina: conservado
- Deposiciones: conservado
- Peso: conservado

Antecedentes personales

- Inmunizaciones: Completas, de acorde a la edad
- Patologías previas: niega
- Hospitalizaciones: niega
- Quirúrgicos:
 - Cesárea: 2002 (parto disfuncional), 2004 (cesareada anterior), 2009 (cesareada anterior)
- Alergias: niega
- RAMS: ácido tranexámico (rash cutáneo)
- Hábitos nocivos: alcohol ocasionalmente

Antecedentes fisiológicos

- Menarquia: 15 años
- Régimen catamenial: 3/ 28 días
- Inicio de relaciones sexuales: 18 años
- Número de parejas sexuales: 1
- Fecha de última regla: 20/11/2023
- Fórmula obstétrica: G3 P3003
- Antecedente de aborto: niega
- Métodos anticonceptivos: preservativo

Antecedentes familiares

- Padre: aparentemente sano
- Madre: aparentemente sano

Antecedentes epidemiológicos

- Cuenta con luz, agua y desagüe. Niega contacto con personas con tuberculosis, viajes recientes y crianza de animales.

Exámen físico

T°: 37.3°C **FC:** 88 x' **FR:** 18 x' **SatO2:** 98% **FiO2:** 0.21

PA: 122/49 mmHg **Peso:** 68 kg **Talla:** 1.66 cm

General: Paciente en aparentemente regular estado general, regular estado de nutrición e hidratación.

Examen físico por aparatos y sistemas:

- **Piel y mucosas:** tibia, hidratada y elástica, llenado capilar inferior a 2 segundos. Palidez generalizada (++/+++), no cianosis, no ictericia.
- **Cabeza:** normocéfalo, pupilas isocóricas y fotoreactivas, boca y lengua poco hidratadas.
- **Tórax y pulmones:** tórax simétrico, pasaje adecuado en ambos campos pulmonares de murmullo vesicular, no presencia de ruidos agregados.
- **Aparato cardiovascular:** ruidos cardiacos de buena intensidad. No soplos audibles.
- **Mamas:** blandas, simétricas, no secretantes.
- **Abdomen:** no presencia de distensión abdominal, ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogastrio.
- **Genitourinario:** Puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativos.
- **Genitales externos:** en la especuloscopia se evidencia sangrado vaginal rojo oscuro en poca cantidad no activo. Al tacto vaginal cérvix posterior.
- **Sistema nervioso central:** Orientado en las 3 esferas, no signos de focalización, no signos meníngeos. Escala de Glasgow 15/15.

Diagnósticos planteados

- Sangrado uterina anormal:
D/C miomatosis uterina
- D/C Anemia severa

Plan de trabajo

- Se solicita hemograma, proteína C reactiva, urea en sangre, creatinina en sangre, perfil de coagulación, glucosa basal, perfil hepático, electrolitos, hepatitis B y C y prueba para sífilis (RPR), grupo y factor sanguíneo
- Posibilidad de transfusión de paquetes globulares
- Se solicita ecografía transvaginal, histerosonografía y placa de torax

- Interconsulta a anestesiología
- Interconsulta a cardiología
- Interconsulta a PROCITS para pruebas serológicas
- Posibilidad de manejo quirúrgico

Exámenes auxiliares

Ecografía transvaginal

- Útero: AVF de forma y contornos regulares, parénquima homogéneo. Dimensiones del útero: 86.5 x 47.9 x 63.1 mm, endometrio: 28mm, presencia de tumoración.
- Ovario derecho: 35,4 x 20 mm
- Ovario izquierdo: 49.8x32.7x45.2 mm, volumen de 49.16 cc con presencia de imagen quística simple de 40 mm.
- Fondo de saco de douglas se evidencia líquido libre en cavidad de regular cantidad.

Histerosonografía

- Tumoración doble, una central redondeada de 33x16 mm y una en la periferia de 25 x 7 mm que la recubre una porción membranosa y sólida

Placa de tórax

- Radiografía de tórax sin hallazgos significativos

Laboratorio

- Hemograma: Leucocitos: 10 000 K/uL; segmentados: 86.3%; hemoglobina 5.1 g/dL; plaquetas 240 000 uL
- Perfil de coagulación: Tiempo de protrombina (TP): 12 seg; INR 1,01; Tiempo de tromboplastina parcial: 27 seg
- Electrolitos: Na⁺: 140.7 mmol/L; K⁺: 3.17 mmol/L; Cl⁻:112.5 mmol/L; Ca: 1.23 mmol/L
- Proteína C reactiva: 2.19 mg/dl
- Glucosa basal: 89 mg/dl

- Perfil hepático: proteínas totales: 4.74 g/dl; globulina: 2.15 g/dl; Fosfatasa alcalina: 70.24 U/L; gamma glutamil: 59.02 U/L; bilirrubina directa: 0.11 mg/dl; bilirrubina indirecta: 0.24 mg/dl; TGO: 15.99 U/L; TGP: 8.33 U/L
- Creatinina: 0.43 mg/dl
- Urea: 10.94 mg/dl
- Hepatitis B y C: no reactivo
- Prueba para sífilis (RPR): no reactivo
- VIH: no reactivo
- Grupo y factor sanguíneo: O +

Tratamiento

- Dieta blanda más líquidos a voluntad
- NaCl 0.9% 1000 cc e.v 60 gotas por minuto
- Clorfenamina 10mg e.v stat
- Dexametasona 4 mg e.v stat
- Transfundir 3 paquetes globulares
- Gluconato de calcio 10% 1 ampolla e.v post transfusión
- Hierro sacarato 200 mg EV + NaCl 0.9% 1000 cc e.v lento y diluido cada 48 horas
- Ibuprofeno 400 mg v.o c/8 horas
- CFV + BHE + OSA

Pre sop

- NPO
- Vía salinizada
- Cefazolina 2 g EV pre sop
- Ranitidina 300 mg tab VO c/24 horas STAT
- Alprazolam 0.25 mg VO c/24 horas STAT
- Polietilenglicol 2 sobres diluido en 1 litro (17:00 H)
- Vendar MMII pre sop
- CFV+OSA

Post sop

- Dieta blanda más líquido a voluntad
- Metamizol 2g EV c/8 horas
- Metoclopramida 10mg VO c/8 horas
- Deambulaci3n asistida
- Retiro de sonda foley
- CFV + OSA

Caso cl3nico N° 8: Distopia Genital

Anamnesis

Paciente femenina de 67 a±os procedente del distrito de San Juan de Lurigancho, acude proveniente del servicio de consultorio externo de ginecolog3a obst3trica refiriendo un tiempo de enfermedad de aproximadamente 2 a±os caracterizado por la presencia de una masa que protruye por el 3rea genital, asociado a p3rdida de de orina al esfuerzo. Niega la presencia de sangrado vaginal.

Funciones biol3gicas

- Apetito: conservado
- Sed: conservado
- Sue±o: conservado
- Diuresis: conservado
- Deposiciones: sin alteraci3n
- Peso: aumentado

Antecedentes personales

- Inmunizaciones: Completas, acorde a la edad
- Patolog3as previas: VIH en TARGA desde hace 3 a±os e HTA desde hace 10 a±os en tratamiento con losartan 50 mg vo c/12 horas y amlodipino 5 mg vo c/12 horas
- Hospitalizaciones previas: no refiere
- Cirug3as previas: Posoperatorio de meningioma 2020
- Alergias: No refiere

Antecedentes fisiológicos

- Menarquia: 14 años
- Régimen catamenial: 5/ 30 días
- Inicio de relaciones sexuales: 27 años
- Número de parejas sexuales: 4
- Fecha de última regla: 38 años
- Fórmula obstétrica: G3 P2O12, parto vaginal
- Antecedente de aborto: 1 (legrado)
- Métodos anticonceptivos: niega

Antecedentes familiares

- Padre: aparentemente sano
- Madre: Hipertensión arterial

Antecedentes epidemiológicos

- Cuenta con luz, agua y desagüe. Niega contacto con personas con tuberculosis y viajes recientes. Cría un perro.

Examen físico

T°: 36.4 °C **FC:** 69 x' **FR:** 19 x' **SatO2:** 98% **FiO2:** 0.21

PA: 110/70 mmHg **PESO:** 62 KG **IMC:** 28.31

General

Se evalúa al paciente y se le encuentra en aparentemente regular estado general, nutrición e hidratación. Procediendo a hacer el examen físico por aparatos y sistemas:

- Piel y mucosas: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar inferior a 2 segundos. No palidez, no cianosis, no ictericia.
- Cabeza: normocéfalo, pupilas isocóricas y fotoreactivas, boca y lengua poco hidratadas.
- Tórax y pulmones: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa adecuadamente en ambos campos pulmonares. No se auscultan ruidos agregados.

- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos de buena intensidad. No soplos audibles.
- Mamas: blandas, simétricas, no secretantes.
- Abdomen: no presencia de distensión abdominal, ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio.
- Genitourinario: Puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativos.
- Genitales externos: en la especuloscopia cérvix epitelizado, no lesiones exofíticas. Al tacto vaginal, útero AVF +/- 5 c, anexos libres.
 - POP-Q

+2	+2	-5
3.5	2	7
-1	-3	-5

Sistema nervioso central: Orientado en las 3 esferas, no signos de focalización, no signos meníngeos. Escala de Glasgow 15/15.

Diagnósticos planteados

- Distopia genital III Ba
- Incontinencia urinaria de esfuerzo
- VIH en TARGA
- HTA en tratamiento

Plan de trabajo

- Indicaciones médicas
- Solicitar Hemograma completo, examen completo de orina, urocultivo, urea, creatinina, glucosa basal, Hepatitis B, Sífilis (RPR), VIH, grupo sanguíneo, placa de tórax y estudio urodinámico
- Interconsulta a neumología
- Interconsulta a cardiología
- Interconsulta a infectología

- Posibilidad de colpocleisis anteroposterior y cinta transobturadora

Exámenes auxiliares

Estudio aerodinámico

- Curva uroflujometría patrón no obstructivo
- Capacidad vesical funcional 640 cc
- No se evidencia pérdida de orina al esfuerzo
- Incontinencia urinaria de esfuerzo tipo 0
- Residuo post miccional normal

Placa de tórax

- Radiografía de tórax sin hallazgos significativos

Laboratorio

- Hemograma: Hb 14.9 g/dl, leucocitos 9 330 K/uL, plaquetas 173 000 uL
- Glucosa: 94.25 mg/dl
- Examen de orina: color amarillo claro, nitritos negativo, proteínas negativo, leucocitos 1-2 x campo, germenescasos
- Urocultivo: no patológico
- Urea: 34.24 mg/dl
- Creatinina: 0.91 mg/dl
- Hepatitis B: 0.49 (no reactivo)
- Sífilis (RPR): no reactivo
- VIH: 1175 (reactivo)
- Grupo y factor sanguíneo: O+

Tratamiento

Pre sop

- Dieta blanda más líquido a voluntad, luego NPO
- Vía salinizada
- Cefazolina 2 g e.v pre sop
- Ranitidina 300 mg tab v.o c/24 horas (por las noches)

- Alprazolam 0.25 mg v.o c/24 horas (noche)
- Polietilenglicol 2 sobres diluido en 1 litro (17:00 H)
- TARGA
- Vendar MMII pre sop
- CFV+OSA

Post sop

- Dieta blanda más líquido a voluntad
- Cefazolina 1 g e.v c/12 horas
- Ranitidina 300 mg tab v.o c/24 horas
- Deambulación asistida
- TARGA
- CFV + OSA

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Nacional Hipolito Unanue, se encuentra ubicado en la zona Este de la ciudad de Lima, en el distrito de El Agustino. Fue inaugurado el 24 de febrero de 1949 como proyecto de la división a cargo del Ministerio de Salud frente a la lucha antituberculosa, teniendo como propósito el poder llevar a cabo una atención oportuna y eficaz, brindando un tratamiento a los pacientes infectados con dicha enfermedad; atribuyendo así, como el primer Hospital Sanatorio para pacientes con tuberculosis construido en Lima en dicho entonces.

El hospital fue construido sobre un área de 15,161 m², funcionando inicialmente con una capacidad de 418 camas. Años posteriores, en 1962, se renombra al centro hospitalario como Hospital del tórax, nombre atribuido por la creación de nuevos departamentos médicos, tales como: Neumología, Ginecología y obstetricia, Cirugía de tórax, Cardiología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Anatomía patológica y servicios de laboratorio, radiología y nutrición. En 1968, se convierte en Hospital General, expandiendo las áreas médicas y obteniendo los servicios de Medicina General, Cirugía General, Pediatría, entre otros. En 1972, se le asigna el nombre de Hospital Base Docente, por un convenio firmado entre la institución hospitalaria y la Universidad Nacional Federico Villarreal. Finalmente, en 1991, adquiere el nombramiento como Hospital Nacional Hipolito Unanue, el cual se mantiene hasta la actualidad. (2)

La institución hospitalaria, tiene un nivel de complejidad III-I y brinda servicios de salud a una población de aproximadamente más de 1 millón de habitantes de los distritos de Lurigancho-Chosica, Chaclacayo, Cieneguilla, La Molina, Ate, El Agustino, Santa Anita y parte del distrito de San Juan de Lurigancho. (3)

Entre los servicios de los que dispone el nosocomio, se encuentran los ya mencionados anteriormente; siendo añadidos en el transcurso de los años Anestesiología, Neonatología, Neurocirugía, Odontoestomatología Clínica, Enfermedades Infecciosas y Tropicales, entre otros. Atribuyendo así a un centro hospitalario de alta capacidad resolutive, conformado por un cuerpo médico, área de obstetricia, área de enfermería, personal técnico y administrativo, área de

laboratorio, área de exámenes por imágenes, banco de sangre y centro de hemodiálisis correctamente equipados; los cuales cumplen los estándares básicos de calidad. Así mismo, cuenta con un helipuerto para la atención oportuna de pacientes referidos en situaciones de emergencia de otras partes del país. (2) (4)

El servicio de pediatría cuenta con cinco sectores: emergencia, consultorio externo, hospitalización, intermedios y cuidados intensivos; el servicio maneja un horario de 6 horas diarias y un día a semana una guardia diurna de 12 horas. Emergencia considerada la primera línea de atención, donde se define el manejo y derivación del paciente según sus necesidades, consultorio externo donde los pacientes dados de alta podrían llevar un seguimiento correcto y eficaz, intermedios y cuidados intensivos, lugar donde los pacientes necesitaban un monitoreo y vigilancia constante. La función del interno corresponde a la evaluación y seguimiento diario de los pacientes, contribuyendo así en su mejoría.

El servicio de medicina interna consta del área de emergencia y hospitalización, con una capacidad de aproximadamente 100 camas en total, divididas en 4 sectores, siendo uno de ellos intermedio. El horario del interno era entre 8 a 12 horas diarias. En en área de emergencia, los pacientes eran abordados en el menor tiempo posible debido a la afluencia de este, en su gran mayoría tratados y observando mejoría en los síntomas por los cuales acudían.

En cirugía general y digestiva cuenta con un área de emergencias y otra de hospitalización, dividiéndose en el sector A, B e intermedios. El interno de medicina cumplía una jornada laboral entre 8 a 10 horas diarias en hospitalización, lugar donde cumplía la función de realizar historias clínicas, evaluación y seguimiento, curaciones diarias de la herida postoperatoria y solicitud de exámenes para completar prequirúrgicos; así mismo, un día a la semana ejercía una guardia nocturna de aproximadamente 12 horas en el servicio de emergencia, donde tenía como responsabilidad, la evaluación y elaboración de historias clínicas, así como suturas en caso de pacientes con

herida punzo cortantes y solicitud de exámenes complementarios.

En el servicio de ginecología y obstetricia encontramos las áreas de ginecología, intermedios, alto riesgo obstétrico, centro obstétrico, emergencia y consultorio externo. La labor de los internos de medicina se centra en evaluación, realización de historias clínicas y seguimiento diario del paciente; así mismo, la solicitud de pruebas complementarias de imagen como de laboratorio, que son de utilidad para definir el abordaje en el paciente. (4)

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1. Pediatría

Caso clínico Nº 1

La enfermedad diarreica aguda es definida como un proceso infeccioso, caracterizado por la presencia de deposiciones blandas o líquidas en una frecuencia de tres a más durante 24 horas, las cuales pueden estar acompañadas de vómitos y/o fiebre. El agente etiológico puede ser virus, bacterias, hongos o parásitos; siendo los virus la principal causa en un 70-90%, y un 10-20% por bacterias. (5)

En condiciones normales, diariamente una cantidad de líquido transcurre a través del tubo digestivo, siendo la gran parte absorbida en él y lo restante eliminando a través de las heces. En la enfermedad diarreica, se altera el mecanismo; ya sea, por una disminución de absorción o el aumento de salida de líquido a través de la luz intestinal. A su vez, los agentes patógenos que han colonizado el epitelio del intestino producen enterotoxinas; las cuales tienen como función la alteración de las proteínas transportadoras; que finalmente ocasiona la pérdida de electrolitos a través de las heces. Así mismo, se produce un proceso inflamatorio de la mucosa y submucosa intestinal, conllevando a que haya una exudación de moco, proteínas y sangre hacia la luz intestinal. Dando como resultado el aumento en cantidad y frecuencia de las heces, resultando en un cuadro de deshidratación. (6)

A nivel mundial, según la OMS es considerada la segunda causa de muerte en aquellos niños menores de 5 años, ocasionando así la muerte de aproximadamente 525 000 niños por año. (7) En Perú, en el año 2023 fueron notificadas 9 muertes por diarreas agudas. (8)

La enfermedad diarreica aguda es multifactorial, entre ellos encontramos inadecuadas condiciones sanitarias, de higiene y sociales; que conllevan a la ingesta de agua y alimentos contaminados.

El cuadro clínico de la enfermedad diarreica aguda se caracteriza por presentar diarrea, náuseas, vómitos, dolor abdominal, fiebre, inapetencia, y en casos de severidad, estar acompañado de deshidratación, el cual se puede presentar como alteración del sensorio, sed aumentada, signo del pliegue positivo (disminución de la turgencia del tejido), fontanela deprimida, mucosa oral y lengua seca, llanto sin lágrimas, ojos hundidos, entre otros. (6)

El diagnóstico se realiza en base a la anamnesis y examen físico; en el evaluar y determinar si el paciente presenta el estado de deshidratación; dependiendo de esto, se orienta al tipo de tratamiento correspondiente. Así mismo, se puede solicitar exámenes complementarios como reacción inflamatoria en heces, coprocultivo, coprofuncional, entre otros; los cuales son de utilidad para poder diferenciar el agente etiológico y el plan de manejo.

La terapia tiene como pilar fundamental la terapia de rehidratación, reemplazando y manteniendo las pérdidas continuas de agua y electrolitos. Así mismo, la administración de zinc, en presentación de jarabe de sulfato de zinc o tabletas. Con respecto al uso de antibióticos está indicado en diarreas de etiología bacterianas y antiparasitarios en parásitos aislados. (9)

El siguiente caso clínico describe el ingreso de un paciente de 2 años, proveniente del servicio de emergencias pediátricas debido a la presencia de deposiciones líquidas con sangre, vómitos y fiebre. Durante su hospitalización, se realizaron pruebas de laboratorio, incluyendo una reacción inflamatoria y coprocultivo, los cuales mostraron una reacción inflamatoria positiva y aislaron la enterobacteria *Shigella* spp. Por lo tanto, se inició el tratamiento de elección con ceftriaxona y reposición de líquidos. Además, el paciente presentaba signos de deshidratación, como pliegue cutáneo positivo, ojos hundidos y boca y lengua semisecas, lo que se catalogó como deshidratación moderada, por lo que se indicó hidratación parenteral. Debido a la incapacidad del paciente para tolerar alimentos o líquidos por vía oral, se recomendó su hospitalización. Se prescribió óxido de zinc con nistatina para el manejo de la dermatitis del pañal, asegurando un cuidado adecuado de la piel en esta afección dermatológica común en pacientes pediátricos con diarrea aguda. Durante su hospitalización, el paciente

presentó una evolución favorable y pudo tolerar una dieta blanda y líquidos a voluntad, lo que permitió su alta médica.

Caso clínico Nº 2

El derrame pleural es la acumulación de líquido anormal en el espacio pleural, siendo producido por uno de los 2 mecanismos; ya sea, un aumento de la producción o una disminución en el drenaje de éste. La sintomatología se caracteriza por presentar dolor pleurítico que en ocasiones hace referencia como epigastralgia, tos no productiva y disnea. Al examen físico podemos observar a la ectoscopia una disminución en la amplexación pulmonar, edemas en miembros inferiores, auscultar disminución de las vibraciones vocales y a la percusión matidez. (10)

Entre las causas del derrame pleural, encontramos neumonía, absceso pulmonar, tumores pulmonares o de la pleura, insuficiencia cardíaca, cirrosis hepática, tuberculosis, entre otros. Pudiendo dividirlos según su aspecto como:

- Trasudados: acumulación de líquido bajo en proteínas a nivel del espacio pleural, dado como resultado de la alteración en el desequilibrio de la presión hidrostática y presión oncótica. Por ejemplo: insuficiencia cardíaca, cirrosis, síndrome nefrótico, entre otros.
- Exudados: acumulación de líquido rico en proteínas, como resultado de alteración de la permeabilidad capilar y obstrucción en el drenaje de este. Por ejemplo: neoplasia maligna de pulmón, tuberculosis, pancreatitis, entre otros. (11) (12)

El diagnóstico se realiza en base a una correcta anamnesis, examen físico completo y apoyo de exámenes auxiliares como son la radiografía de tórax postero anterior, ecografía de tórax y toracocentesis. Así mismo, se realiza el estudio del líquido pleural, entre ellos parámetros físicos (color, apariencia), químicos (ADA, LDH, proteínas, glucosa, entre otros) y microbiología (cultivos de gérmenes, BK y cultivo para *Mycobacterium tuberculosis*). (10)

El tratamiento descongestionante con drenaje del líquido dependerá del

compromiso en la placa de tórax, microorganismos aislados en cultivos y ph de este. Así mismo, el manejo con antibiótico, dependerá del germen aislado. (10)
(13)

El siguiente caso clínico describe el ingreso de un paciente de 10 años proveniente del consultorio externo pediátrico debido a sensación de alza térmica, tos no productiva, pérdida de peso y hallazgos en una ecografía torácica que indican la presencia de líquido libre en el hemitórax izquierdo de aproximadamente 676 cc. Durante su hospitalización, se realizaron pruebas de laboratorio, incluyendo hemograma, electrolitos y proteína C reactiva, hallando un aumento en los niveles de proteína C reactiva. Se volvió a realizar otra ecografía torácica diagnóstica, que mostró una colección loculada de aproximadamente 267 cc en el hemitórax izquierdo. Por consiguiente, se llevó a cabo una toracocentesis diagnóstica y se inició tratamiento empírico para el derrame pleural con ceftriaxona. Los exámenes del líquido pleural revelaron niveles elevados de adenosina desaminasa en comparación con los valores normales, lo que sugirió un posible diagnóstico. Este diagnóstico se confirmó con el aislamiento de *Mycobacterium tuberculosis* en baciloscopia del líquido pleural. En consecuencia, se realizó una interconsulta con neumología pediátrica y se decidió iniciar un tratamiento específico para la tuberculosis pleural con el régimen de 2 meses de isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol, seguido de 4 meses adicionales con isoniazida y rifampicina (14). Durante su hospitalización, el paciente mostró una evolución favorable y fue dado de alta con indicaciones médicas para continuar el tratamiento de manera ambulatoria.

III.2. Medicina Interna

Caso clínico N° 3

El síndrome de Cushing se define como un grupo de síntomas y signos que han sido resultado de la exposición prolongada a un exceso de glucocorticoides. Es considerada una enfermedad rara, debido a su poca incidencia, de 2 a 4 casos por 1 millón de habitantes cada año. (15) Encontramos dos tipos, el endógeno y el exógeno; el síndrome de Cushing endógeno a su vez puede ser dependiente

de ACTH, correspondiendo a un 80% los caso; como por ejemplo el adenoma hipofisario secretor de ACTH o trastornos neuroendocrinos; o el síndrome de cushing independiente de ACTH, que constituye al 20% de los casos y se origina a consecuencia de carcinomas y adenomas suprarrenales. El síndrome de cushing exógeno, es considerado la principal causa de hipercortisolismo, dado a consecuencia del uso prolongado de fármacos con efecto glucocorticoides. (16) Las manifestaciones clínicas se caracterizan por presentar debilidad muscular, aumento de tejido adiposo abdominal, cara redonda como “luna llena”, presencia de estrías violáceas, hipertensión, cuadros depresivos, entre otros. (17) Entre las pruebas diagnósticas encontramos cortisol salival, excreción de cortisol libre en orina de 24h, cortisol sérico y prueba de supresión con dexametasona. (18) El tratamiento dependerá de la causa subyacente de la patología. Siendo en el tipo endógeno, la cirugía el tratamiento de elección y en el tipo exógeno, la suspensión gradual del corticoide, de manera que se evita una insuficiencia suprarrenal aguda. (19)

En presente caso nos narra a un paciente de 20 años que ingresa procedente del servicio de emergencias refiriendo presentar debilidad muscular, aumento de peso y la aparición de lesiones cutáneas atróficas de color rojo vinoso. Así como haber presentado presión arterial elevada. El paciente refiere tener como antecedente quirúrgico craneotomía parietal derecha 1 mes antes del ingreso por un glioma de alto grado en dicha zona; así como haber estado tomando prednisona por 21 días. Se sabe por la literatura ya descrita anteriormente que la medicación a largo plazo de corticoides, presenta riesgo de presentar síndrome de cushing exógeno. Por tal motivo, durante su estancia hospitalaria se le realizan exámenes de laboratorio, entre ellos hemograma, perfil tiroideo, perfil hepático y cortisol sérico, siendo positivo el hipercortisolismo. Se realiza interconsulta a endocrinología, y de manera conjunta se toma la decisión del descenso paulatino del corticoide y uso de antihipertensivo. El paciente obtuvo una evolución favorable, siendo dado de alta con cita por consultorio externo de endocrinología para seguimiento.

Caso clínico N° 4

La pancreatitis aguda se define como un proceso inflamatorio del páncreas, siendo considerada una patología muy común en nuestra población. La etiología de esta enfermedad es multifactorial, siendo las principales causas el cálculo biliar y el alcoholismo, los cuales representan un 70% del total de los casos; el 30% restante está compuesto por la hipertrigliceridemia, post colangiopancreatografía retrógrada, genética, medicamentos, entre otros. (20)

La manifestación clínica se caracteriza por presentar dolor abdominal brusco a nivel del epigastrio que aumenta en intensidad y migra hacia el cuadrante superior izquierdo; así mismo, puede estar acompañado de náuseas, vómitos, fiebre e hiporexia. (21)

El diagnóstico clínico se basa en la presencia de 2 de los 3 criterios, ya sea; dolor intenso a nivel del epigastrio de inicio agudo que persiste en horas y se irradia hacia la espalda, aumento de la lipasa o amilasa sérica, en un valor 3 veces mayor y/o hallazgos característicos en exámenes por imágenes.

Existen diversas escalas para poder clasificar la severidad de esta enfermedad, entre ellas encontramos la de RANSON, la cual se divide en dos tiempos:

A las 0 horas

- Edad > 55 años
- Leucocitos > 16.000/ mm³
- Glucemia > 200 mg/dL
- LDH > 350 U/L
- AST > 250 U/L

A las 48 horas

- Hematocrito caída mayor o igual al 10%
- BUN incremento mayor o igual al 5% mg/dL
- Calcio en suero < 8 mg/dL
- PO₂ > 60 mmHg
- Déficit de base > 4 mEq/L
- Secuestro de líquido > 6 000 mL

La cual se interpreta como pancreatitis leve de 1 a 2 criterios presentes, y pancreatitis grave de 3 a más.

El tratamiento inicial consiste en el cuidado de apoyo acompañado de la hidratación endovenosa, analgesia y apoyo nutricional. (20)

Una de las complicaciones con mayor mortalidad en la pancreatitis aguda grave es la infección de la necrosis pancreática; sin embargo, la antibioterapia de forma profiláctica no ha demostrado prevención de las complicaciones ni disminuir su mortalidad. (20)

El tercer caso clínico describe el ingreso de un paciente de 44 años, proveniente del servicio de emergencias, debido a la presencia de dolor abdominal tipo cólico en la región epigástrica, el cual persiste y se irradia hacia la espalda. Acompañando esta sintomatología, se reportan náuseas, vómitos e hiporexia. Además, el paciente menciona tener antecedentes de litiasis vesicular desde el año 2009 sin tratamiento. Durante su hospitalización, se realizaron pruebas de laboratorio, incluyendo hemograma, proteína C reactiva, amilasa y lipasa, los cuales mostraron leucocitosis, aumento en los niveles de proteína C reactiva, y valores de amilasa y lipasa tres veces mayores al límite superior normal. La ecografía evidenció la presencia de líquido libre, con un volumen mayor a 86 cc en la región parietocólica. De acuerdo con los criterios de RANSON para evaluar la severidad, se determinó que el paciente presentaba una pancreatitis aguda leve. En consecuencia, se inició tratamiento con hidratación, analgesia, soporte nutricional y antibioterapia.

Se realizó una interconsulta con gastroenterología para evaluar la posibilidad de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), la cual no fue indicada debido a que la colangioresonancia mostró edema en el colédoco distal, sugiriendo un proceso inflamatorio posterior a la expulsión del cálculo. El paciente presentó una evolución favorable, tolerando la dieta blanda y líquidos a voluntad, y fue dado de alta con cita programada en los consultorios externos de gastroenterología y cirugía general y digestiva para su respectivo seguimiento.

III.3. Cirugía General y Digestiva

Caso clínico N°5

La colecistitis crónica calculosa se define como un proceso inflamatorio crónico de la pared vesicular dado a consecuencia de la presencia de litos; siendo estos en su gran mayoría de contenido de colesterol. Existen factores de riesgo que predisponen a padecer de dicha enfermedad; entre ellos encontramos al sobrepeso, obesidad y resistencia a la insulina. (22)

La manifestación clínica en la mayoría de los pacientes es asintomática. Existe una minoría que puede presentar síntomas, desarrollando cólico biliar; el cual se describe comúnmente como dolor tipo cólico intenso a nivel de la región superior derecha abdominal o en menor frecuencia en la región subesternal que puede irradiarse hacia la espalda; pudiendo estar acompañado de náuseas, vómitos y diaforesis. Es importante mencionar que al realizar el examen físico, se encuentra normal y no encontramos el signo de Murphy.

Existen complicaciones de la colecistitis crónica calculosa, siendo la más común la colecistitis aguda, la cual se define como dolor tipo cólico en la región superior derecha abdominal, asociado a fiebre y leucocitosis. Así mismo, también encontramos a la coledocolitiasis con o sin colangitis aguda, caracterizado por presentar fiebre, ictericia y dolor abdominal; de igual modo está la pancreatitis aguda por cálculo biliar, entre otras complicaciones.

El diagnóstico en este grupo de pacientes es de manera incidental mediante una ecografía abdominal, sin embargo; para poder descartar las complicaciones ya mencionadas anteriormente en periodos asintomáticos como en la presencia de cólico biliar, es importante solicitar exámenes de laboratorio como es el hemograma, proteína C reactiva de alta sensibilidad, perfil hepático y enzimas pancreáticas.

El tratamiento de un cuadro de colelitiasis crónica calculosa asintomática está constituido por dos pilares fundamentalmente, consejería nutricional y manejo quirúrgico. En cuadros sintomáticos, se recomienda analgesia de primera instancia , así como de consejería nutricional y manejo quirúrgico a futuro. (23)

El quinto caso, nos relata a una paciente de 29 años procedente del servicio de consultorio externo, acude refiriendo presentar ocasionalmente hace 2 meses dolor tipo cólico en el hipocondrio derecho que se irradia hacia la región dorsal, asociado a náuseas y vómitos post ingesta de alimentos copiosos. También se menciona que anteriormente presentó un cuadro de cólico biliar, siendo tratada con analgésicos, y en su momento solicitando exámenes de laboratorio y de imágenes; los cuales evidenciaban un cuadro de litiasis vesicular no complicada. La paciente es hospitalizada para manejo quirúrgico, al momento del ingreso no presentaba síntomas. Durante su hospitalización se la evalúa y se decide realizar una colecistectomía laparoscópica, no presentando interurrencias en el post operatorio. La paciente obtuvo una evolución favorable, tolero la dieta oral y no presentó molestias; motivo por el cual se decide darle de alta con analgesicos condicional al dolor y cita por consultorio externo de cirugía general y digestiva.

Caso clínico N° 6

La apendicitis aguda se define como proceso inflamatorio del apéndice cecal. Siendo considerada la emergencia abdominal quirúrgica más frecuente a nivel mundial, puede afectar a cualquier grupo etario; sin embargo, se ha observado la mayor incidencia en las personas de 20 a 30 años. (24)

El mecanismo fisiopatológico se produce por una obstrucción en la luz apendicular que puede ser causada fecalitos, cálculos, proceso infeccioso o tumores; dando como resultado el incremento de la presión intraluminal, produciendo trombosis y oclusión de los vasos ubicados en la pared apendicular y finalmente estasis del flujo linfático. Con el transcurrir en el tiempo, se convierte en un proceso isquémico y finalmente necrótico. A su vez, este proceso está acompañado de un aumento en el crecimiento bacteriano, inicialmente por microorganismos aeróbicos. Posteriormente, las bacterias ubicadas intraluminal invaden hacia la pared apendicular y producen un exudado neutrofílico, provocando así una reacción fibrinopurulenta e irritando el peritoneo parietal. (25)

El cuadro sintomático se caracteriza por presentar dolor a nivel periumbilical que

migra hacia la fosa ilíaca derecha y se intensifica en menos de 24 horas, acompañado de falta de apetito, náuseas, vómitos y fiebre. Al examen físico abdominal podemos encontrar irritación peritoneal, así como punto de McBurney y signo Rovsing o Psoas positivo.

El diagnóstico se basa en una correcta anamnesis, examen físico completo, exámenes de laboratorio (hemograma, proteína c reactiva de alta sensibilidad y examen de orina) y de imágenes; siendo el de mayor sensibilidad la tomografía computarizada, pero por razones de costo beneficio, se opta de primera instancia por la ecografía abdominal. Los principales hallazgos ecográficos de un cuadro de apendicitis son:

- Diámetro transversal mayor a 6 mm
- Apéndice no compresible
- Cambios inflamatorios en la grasa
- Presencia de apendicolitos

El manejo inicial consiste en mantener al paciente en NPO, establecer acceso venoso periférico e hidratación. Así mismo, solicitar exámenes complementarios y re evaluar con resultados. Confirmado el cuadro de apendicitis y optar por manejo quirúrgico, se administra analgésicos y antibioterapia profiláctica. El manejo postoperatorio dependerá del tipo de apendicitis hallado durante la intervención quirúrgica. (24)

- Apendicitis no complicada:
 - Apendicectomía laparoscópica sin drenaje
 - Antibiótico profilático
- Apendicitis complicada:
 - Apendicectomía laparoscópica sin drenaje
 - Antibioterapia por 7 días

El sexto caso, trata de un paciente de 45 años procedente del servicio de emergencias refiriendo presentar náuseas, vómitos, fiebre y malestar general. A

la evaluación se observa un abdomen distendido, muy doloroso a la palpación tanto superficial como profunda a nivel de la fosa iliaca derecha y signo de Mcburney positivo. Motivo por el cual durante su estancia hospitalaria se le solicita diversos exámenes, entre ellos hemograma, proteína c reactiva de alta sensibilidad y ecografía abdominal. Hallando en los resultados leucocitosis a predominio de segmentados, proteína C reactiva en valores aumentados y en la ecografía se evidencia disminución del peristaltismo intestinal, asociado a grasa mesentérica y presencia de líquido libre escaso; así mismo asa apersitáltica sugerente de apéndice cecal que mide hasta 12 mm de diámetro anteroposterior. Basándonos en la sintomatología, examen físico y resultados hallados en las pruebas solicitadas, se sospecha en primera instancia de un cuadro de apendicitis aguda; motivo por el cual se decide como plan el manejo quirúrgico, indicando al paciente en NPO, así como hidratación endovenosa y antibioterapia profiláctica.

El paciente fue sometido a una laparotomía exploratoria. A la apertura de cavidad se encontró un plastrón apendicular conformado por epiplón terminal y ceigo, así como una apendice de +/- 8 x 1,5 cm se posición retrocecal con base en mal estado, necrosada en toda su extensión y secreción purulenta de +/- 800 cc distribuido en las 4 cuadrantes abdominales. Razón por lo cual se realiza liberación del plastrón, apendicectomía, lavado e indicación de drenaje Penrose. En el post operatorio al paciente se le indica tolerancia oral, hidratación endovenosa, antibioterapia con 2 medicamentos y hemoglucotest horario. El paciente obtuvo una evolución favorable, tolero la dieta oral y no presento molestias; motivo por el cual se decide darle de alta con antibióticos vía oral hasta completar los 7 dias, analgesicos condicional al dolor y cita en 7 días por consultorio externo de cirugía general para evaluación y posibilidad de retiro de dren Penrose.

III.4. Ginecología y Obstetricia

Caso clínico Nº 7

El sangrado uterino anormal se define como al sangrado que se presente fuera del rango de normalidad y está acompañado de cambios en la regularidad del

ciclo menstrual, así como el aumento en su duración y/o cantidad del sangrado. Teniendo en cuenta que la menstruación normal ocurre cada 24 a 38 días, dura de 3 a 8 días y mantiene una pérdida sanguínea de 20 a 80 ml. El sangrado uterino anormal es considerado uno de los problemas más frecuentes en la consulta ginecológica, afectando entre el 10 al 30 % de las mujeres en edad reproductiva y 50% de mujeres perimenopáusicas. (26)

Existen múltiples causas, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, la clasifica como el acrónimo PALM-COEIN, correspondiente a 9 causas, entre ellas encontramos al pólipo, adenomiosis, leiomioma, malignidad, coagulopatías, disfunción ovulatoria, condición endometrial, iatrogénicas y las no clasificadas. (27)

El cuadro clínico se caracteriza por presentar un sangrado uterino que dura más de 8 días, con una pérdida sanguínea mayor de 80 mL y/o que se produce antes de los 24 días o más de 38 días del periodo menstrual anterior. Así mismo, puede estar asociado a dismenorrea, sangrado post coital, sobrepeso, adelgazamiento, cervicitis, masa anexial, signos sugestivos de anemia como mareos, cefalea, fatiga, entre otros.

Al examen físico y en la especuloscopia es importante confirmar el origen de la hemorragia, buscando las posibles causas; así como evaluar si estamos frente a un abdomen agudo quirúrgico. Así mismo, se solicita exámenes auxiliares de laboratorio, por imágenes y complementarios; los cuales son de utilidad para hallar la causa de este sangrado anormal. Siendo la ecografía transvaginal la de elección para poder valorar el endometrio y miometrio. También, puede solicitarse la histerosonografía, el cual es un método de diagnóstico para masas intracavitarias y ayudan en la diferenciación de lesiones en los planos uterinos. Además existen otros métodos invasivos como son la histeroscopia y biopsia del endometrio, las cuales ayudan al diagnóstico histológico.

El sangrado uterino anormal se puede presentar como una condición mortal si la pérdida de sangre es considerable. Por tal motivo, el manejo de la paciente anémica requiere de un diagnóstico y tratamiento oportuno y eficaz. De primera

instancia, se estabiliza hemodinámicamente al paciente para luego brindar la terapéutica específica. Existen diversos tratamientos, entre ellos encontramos el tratamiento no hormonal y hormonal y el manejo quirúrgico. Este último está indicado en pacientes con falla al tratamiento médico previo, anemia severa y patología uterina como miomas uterinos grandes y/o hiperplasia endometrial. (26) (28)

El séptimo caso clínico describe el ingreso de una paciente de 39 años desde el servicio de emergencias, quien manifiesta sangrado vaginal anormal acompañado de dolor tipo cólico en la pelvis, pérdida de fuerza y sensación de desvanecimiento. Al examen físico, se observa palidez generalizada, signos de deshidratación y dolor abdominal en la región hipogástrica. Durante la especuloscopia, se identifica sangrado de color rojo oscuro. Durante la hospitalización, se solicitan varios exámenes de laboratorio que sugieren un cuadro de anemia severa. Además, se realiza una ecografía transvaginal que muestra la presencia de una tumoración uterina y un quiste de 40 mm en el ovario izquierdo. En primer lugar, se decide estabilizar a la paciente mediante hidratación intravenosa y transfusión de paquetes globulares. Posteriormente, se completan los exámenes prequirúrgicos y se programa una intervención quirúrgica para abordar la miomatosis uterina y el quiste de ovario izquierdo. La paciente se somete a una histerectomía abdominal total junto con salpingectomía bilateral y ooforectomía izquierda. Durante el procedimiento quirúrgico, se encuentra un útero de aproximadamente 12 cm de diámetro con aspecto adenomatoso y una tumoración de 1 x 0.5 cm en la cara anterior del endometrio. Además, se identifica un quiste en el ovario izquierdo de 6 x 7 cm. En el periodo postoperatorio, se indica una dieta blanda, líquidos a voluntad, analgésicos, movilización, antieméticos y retiro de la sonda vesical. La paciente presenta una evolución favorable, tolera la dieta oral y no experimenta otras molestias. Por lo tanto, se decide darle el alta con analgésicos para administrar según horario y se programa un seguimiento en el consultorio externo de ginecología y obstetricia en 7 días para retirar los puntos de sutura.

Caso clínico Nº 8

La distopia genital o también llamando prolapso urogenital se define como el descenso de un órgano pélvico; ya sea útero, cúpula vaginal, recto o vagina, que se da a través del canal vaginal producido como consecuencia del relajamiento de las estructuras que brindan suspensión al suelo pélvico.(29) Es considerado un problema de salud muy común a nivel mundial, afectando la calidad de vida de la mujer. En Perú se estima que hasta el 33% de las mujeres pueden llegar a padecerlo. (30)

La etiología es multifactorial; sin embargo, el antecedente de haber tenido parto vaginal aumenta el riesgo de presentar esta patología entre 4 a 11 veces más. (31) Así mismo, estudios reportan que la multiparidad, edad avanzada y obesidad también son considerados factores de riesgo importantes.

En su mayoría suele presentarse como un cuadro asintomático; sin embargo, también pueden manifestar síntomas relacionados a las estructuras prolapsadas; como son la presencia de un bulto o presión a nivel vaginal, pudiendo estar asociado a otros síntomas como son la disfunción urinaria, problemas al defecar o sexuales y dolor lumbar o pélvico crónico. (32)

El diagnóstico se realiza en base a una anamnesis detallada y exploración física; así como en algunas ocasiones se necesita de exámenes complementarios como ecografía ginecológica, urocultivo, estudios de urodinamia, entre otros.

Existen diversas clasificaciones para prolapso urogenital, sin embargo la actualmente utilizada es la Cuantificación del Prolapso de Órganos Pélvicos (POP-Q). En 1996 la Sociedad Intencionalidad del Continencia en conjunto a la Sociedad Estadounidense de Uroginecología crearon el sistema POP-Q, el cual está basado en la medición de distancias que están comprendidas en 6 puntos ubicados en la vagina y un punto fijo que es el himen. (33) De tal forma, que los valores obtenidos nos permiten hacer un estadiaje del grado de prolapso y así definir el manejo adecuado.

El tratamiento dependerá del grado del prolapso urogenital, edad de la paciente y sintomatología. Existen 2 tipos, el tratamiento conservador y el quirúrgico. El manejo conservador es la terapia de primera línea, comprende ejercicios de los músculos del suelo pélvico, terapia hormonal y el pesario vaginal. El manejo quirúrgico está indicado en pacientes sintomáticos y con afección en la calidad de vida, correspondiendo a un estadio II en adelante. Las técnicas usadas actualmente son las obliterativas (colpocleisis) y las reconstructivas; la colpocleisis tiene como finalidad el cierre del hiato genital, indicado en pacientes con edad avanzada, recidivas, entre otros. (32)

El octavo caso clínico, la paciente refiere la presencia de una masa que protruye por el área genital asociado a pérdida de orina al esfuerzo, niega otras molestias. Así mismo refiere como antecedentes hipertensión arterial y VIH, ambos en tratamiento. Al examen físico se evidencia doloroso a la palpación profunda en hipogastrio y en genitales externos usando como referencia el sistema POP-Q, la paciente presenta un grado IIIba, eso quiere decir que la porción más distal del prolapso se encuentra a 1 cm por debajo del himen. Se le solicita diversos exámenes de laboratorio como prequirúrgicos, encontrando en ellos un resultado de VIH reactivo, por tal motivo se realiza interconsulta a infectología y dando indicaciones de tratamiento TARGA correspondiente. Así mismo, se realiza el estudio de urodinamia, no evidenciando pérdida de orina al esfuerzo y un residuo post miccional normal. Se decide hospitalizar al paciente para el manejo quirúrgico, realizando una colpocleisis anteroposterior y colocación de cinta transobturadora. La paciente obtuvo una evolución favorable; motivo por el cual se decide darle de alta con analgesicos y cita por consultorio externo de ginecología y obstetricia en 7 días.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

En el Perú, la carrera de medicina humana tiene una duración de 7 años de estudios; divididos en 3 etapas: la primera etapa abarca la formación en el área de ciencias básicas; la segunda etapa centrada en áreas clínicas y quirúrgicas y finalmente, la última fase corresponde al internado médico. Esta última fase tiene como objetivo plasmar en la práctica hospitalaria todos los conocimientos adquiridos a lo largo de los años de la formación universitaria, siendo guiados y supervisados constantemente por el personal médico asistencial y residentes a cargo de cada uno de los servicios que brinda el hospital.

Durante este periodo el interno de medicina experimenta nuevos desafíos, teniendo la oportunidad de poder interactuar y afianzar la relación médico paciente; mediante la realización de historias clínicas, evaluación en el examen físico, solicitud e interpretación de exámenes complementarios, los cuales en conjunto serán de ayuda para poder llegar a un diagnóstico y tratamiento oportuno. Todo ello, nos prepara a nosotros como futuros profesionales de la salud en el poder afrontar diversas situaciones que pueden presentarse a lo largo de nuestra carrera profesional, siendo lo más cercano a ello el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS).

Esta labor se llevó a cabo por la autora en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, que tuvo como inicio el 01 de abril del 2023 y culminó el 31 de enero del 2024, durante este proceso se realizaron rotaciones en 04 especialidades: Pediatría, Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia, teniendo una duración de 2 meses en cada servicio, correspondiendo a los dos meses restantes la rotación en el primer nivel de atención.

En el servicio de pediatría, los internos se distribuyen en el área de hospitalización como en la unidad de emergencia y neonatología. Se tiene la oportunidad de participar activamente en el cuidado y tratamiento de los pacientes pediátricos, desde los recién nacidos hasta los adolescentes. En el área de emergencia, se brinda atención inmediata a pacientes en situaciones críticas y se aprende a manejar emergencias pediátricas con diligencia y

precisión. La rotación en la unidad de hospitalización permite profundizar en el seguimiento y manejo de pacientes pediátricos con diversas condiciones médicas, trabajando en estrecha colaboración con el equipo multidisciplinario para garantizar así la atención integral de los pacientes. En neonatología, se experimenta la delicadeza y la complejidad del cuidado neonatal, participando en el seguimiento de recién nacidos en la sala de alojamiento conjunto y brindando atención especializada en la unidad de atención inmediata.

La rotación por medicina interna se divide en áreas de hospitalización, que incluye el servicio de geriatría y paliativos. Comprende jornadas laborales de hasta 12 horas diarias, siendo las más exigentes del internado médico debido a la afluencia de pacientes. La variedad de casos presentados en el servicio de medicina interna desafía a aplicar los conocimientos teóricos en situaciones clínicas prácticas, así como a desarrollar habilidades prácticas en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con diversas condiciones médicas, agudas y crónicas por igual. La colaboración estrecha con un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud enriquece aún más la comprensión de la atención médica integral y centrada en el paciente.

En servicio de cirugía general y digestiva comprende las rotaciones por piso de hospitalización y guardias en tópico de emergencia. Así mismo, permite al interno de medicina poder entrar a sala de operaciones para observar el procedimiento quirúrgico a realizar y en otras oportunidades poder instrumentar al cirujano. En las guardias de tópico de emergencia, los pacientes acudían presentando heridas por suturar, permitiéndonos así, el poder llevar a cabo dicho procedimiento.

La rotación por ginecología y obstetricia distribuye a los internos en piso de hospitalización y sala de partos, permitiendo adquirir habilidades clínicas y quirúrgicas fundamentales, pero también a desarrollar una profunda comprensión de la complejidad y la sensibilidad inherentes al cuidado de la salud femenina y materna.

V. CONCLUSIONES

1. Durante el internado médico, se consolidan y aplican los conocimientos teóricos adquiridos a lo largo de la carrera de Medicina. Además, se desarrollan habilidades prácticas fundamentales para el manejo adecuado de los pacientes en diferentes especialidades médicas. Esta etapa proporciona una invaluable oportunidad para integrar la teoría con la práctica clínica, preparando a los futuros médicos para enfrentar los desafíos reales de la profesión.
2. En un contexto post-pandémico, el internado médico ha experimentado cambios significativos; como la reducción en su duración de 12 meses a 10 meses. Pese a ello, se desarrollaron las competencias necesarias, las cuales serán de utilidad para poder desempeñar la labor profesional posteriormente. En el Hospital Nacional Hipólito Unanue, los internos de medicina rotaron en 4 especialidades, las cuales fueron Pediatría, Medicina Interna, Cirugía general y digestiva, Ginecología y Obstetricia y en el Primer Nivel de Atención. Siendo estas provechosas para el interno de medicina en adquirir experiencias desde el punto de vista tanto intra hospitalario como la implementación de estrategias de prevención y promoción de la salud.
3. Los médicos tutores asignados por parte de la universidad en cada una de nuestras rotaciones contribuyeron de una forma importante durante el periodo del internado; mediante su constante soporte y orientación. Asimismo, nos brindaron actividades académicas como discusión de casos clínicos y exposición de enfermedades más comúnmente vistas en cada especialidad. Todo ello, aportó conocimiento el cual será de gran ayuda en nuestro futuro profesional.

VI. RECOMENDACIONES

- Durante el internado médico, es esencial que los internos participen activamente en la atención de los pacientes, busquen constantemente retroalimentación de sus superiores y mantengan una conducta profesional y ética en todo momento. Además, se recomienda priorizar el autocuidado para evitar el agotamiento, y explorar oportunidades adicionales de aprendizaje, como conferencias, talleres y sesiones de estudio grupales.
- Aunque los objetivos del internado médico se cumplieron en 10 meses, se recomienda extender la duración a 12 meses para proporcionar a los internos una experiencia más completa y sólida. Este tiempo adicional permitirá una mayor exposición a casos clínicos y situaciones variadas, mejorando la preparación para la práctica médica independiente.
- Dado que el internado médico implica trabajar en entornos clínicos de alto riesgo, es fundamental que los internos cuenten con un seguro de salud adecuado y sigan rigurosos protocolos de seguridad. Proveer equipo de protección personal (EPP), como mascarillas, guantes y batas, los cuales son esenciales para prevenir el contagio a infecciones. Así mismo, se debe garantizar la participación de los internos en cualquier capacitación de bioseguridad que ofrezca la institución.
- Los internos de medicina a menudo trabajan en condiciones arduas, incluidos días feriados y no laborables. Se recomienda proporcionar un estipendio equivalente al sueldo mínimo, además de ofrecer un programa de alimentación gratuito que les asegure una comida diaria. Estos beneficios son fundamentales para apoyar la salud y el bienestar de los internos durante sus largas jornadas.
- Los médicos tutores desempeñan un papel fundamental en el proceso de formación de los internos. Se sugiere fomentar la colaboración activa entre tutores e internos, alentando actividades académicas tanto conceptuales como procedimentales. Una evaluación constante y

constructiva después de cada actividad, la cual permitirá ajustar y mejorar el proceso formativo, contribuyendo así a la excelencia en la capacitación del futuro médico.

VII. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Directiva administrativa para el desarrollo de actividades del internado en ciencias de la salud [Internet]. [citado 5 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/RM-351-2022-MINSA.pdf>
2. Reseña histórica del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Ministerio de salud. [Internet]. [citado 7 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/transparencia/Datos%20generales/RESE%3%91A%20HISTORICA.pdf>
3. Análisis situacional de salud hospitalaria 2021. Oficina de epidemiología y salud ambiental. [citado 7 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2800247/R.D.N%C2%B009-2022-HNHU-DG.pdf.pdf>
4. Cartera de servicios del Hospital Nacional Hipólito Unanue, categoría III-1, 2022. Oficina de planeamiento estratégico. [citado 7 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/wp-content/uploads/2022/12/Cartera-de-Servicios-2022.pdf>
5. ¿Qué es la enfermedad diarreica aguda (EDA)? [Internet]. 2024 [citado 7 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/21241-que-es-la-enfermedad-diarreica-aguda-eda>
6. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda infecciosa en paciente pediátrico. Unidad de atención integral especializada - emergencia [citado 7 de marzo de 2024]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666_RM_N_C2_B0_755-2017-MINSA.pdf20180823-24725-llg4ky.pdf?v=1535063213
7. Enfermedades diarreicas [Internet]. [citado 11 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
8. Número de episodios, incidencia y defunciones por EDA, Perú 2018 – 2023 [Internet]. [citado 7 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2023/SE08/edas.pdf>
9. Harris J., Pietroni M., Jobayer M. Enfoque para el niño con diarrea aguda en entornos de recursos limitados. [Internet]. [citado 7 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child->

[with-acute-diarrhea-in-resource-limited-settings?search=enfermedad%20diarreica%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H1159942460](https://revistas.asoneumocito.org/index.php/rcneumologia/article/view/715/577)

10. Quijano AJ, Durán FC. Derrame pleural. Revista Colombiana de Neumología. 1 de diciembre de 2009;21(4):175-85. [Internet]. [citado 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://revistas.asoneumocito.org/index.php/rcneumologia/article/view/715/577>
11. Villena Garrido V, Cases Viedma E, Fernández Villar A, de Pablo Gafas A, Pérez Rodríguez E, Porcel Pérez JM, et al. Recomendaciones de diagnóstico y tratamiento del derrame pleural. Arch Bronconeumol. 1 de junio de 2014;50(6):235-49. [Internet]. [citado 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org/en-recommendations-diagnosis-treatment-pleural-effusion--articulo-S1579212914001293>
12. Patología pleural: derrame, neumotórax y neumomediastino. Revista oficial de la sociedad española de pediatría extrahospitalaria y atención primaria. [Internet]. [citado 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2021-01/patologia-pleural-derrame-neumotorax-y-neumomediastino/>
13. Guías de práctica clínica del servicio de cirugía pediátrica y especialidades 2020. Hospital de emergencias pediátricas- departamento médico quirúrgico. [Internet]. [citado 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://www.hep.gob.pe/application/webroot/imgs/catalogo/pdf/1596496696RD%20090%202020%20APROBAR%20GUIA%20PRACTICA%20CLINICA%20NEUMONIA%20COMPLICADA%20DERRAME%20PLEURAL%200%20GUIA%20PROCEDIMIENTO%20VIDEOTORACOSCOPIA.pdf>
14. Ferreiro L, San José E, Valdés L. Derrame pleural tuberculoso. Arch Bronconeumol. 1 de octubre de 2014;50(10):435-43. [Internet]. [citado 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org/en-derrame-pleural-tuberculoso-articulo-S030028961300224X>
15. Lahera Vargas M, da Costa CV. Prevalencia, etiología y cuadro clínico del síndrome de Cushing. Endocrinol Nutr. 1 de enero de 2009;56(1):32-9. [Internet]. [citado 8 de marzo de 2024]. Disponible en:

- <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-prevalencia-etilogia-cuadro-clinico-del-S1575092209701913#:~:text=Tiene%20una%20incidencia%20entre%201,de%20Cushing%20por%20tumor%20suprarrenal.>
16. Fierro-Maya LF, González-Clavijo AM, Álvarez-Lozano MÁ, Moreno-Soler GA, Rodríguez-Paz S, Tarquino-Rincón D, et al. Síndrome de Cushing exógeno de difícil diagnóstico. Acta Medica Colombiana. septiembre de 2020;45(3):75-7. [Internet]. [citado 8 de marzo de 2024]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482020000300075&lang=es#B1
 17. Nieman L. Epidemiología y manifestaciones clínicas del síndrome de Cushing.[Internet]. [citado 9 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-clinical-manifestations-of-cushing-syndrome?search=sindrome%20de%20cushing&source=search_result&selectedTitle=3%7E150&usage_type=default&display_rank=3
 18. Nieman L. Establecer el diagnóstico del síndrome de Cushing. [Internet]. [citado 10 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/establishing-the-diagnosis-of-cushing-syndrome?search=sindrome%20de%20cushing&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1
 19. Nieman L. Descripción general del tratamiento del síndrome de Cushing. [Internet]. [citado 10 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-treatment-of-cushing-syndrome?search=sindrome%20de%20cushing&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2
 20. Guía práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda en pacientes adultos. Hospital Cayetano Heredia. [citado 10 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/2017/09/RD-351080917.pdf>

21. Swaroop S. Manifestaciones clínicas y diagnóstico de pancreatitis aguda. UpToDate [Internet]. [citado 10 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2
22. Guía técnica: Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de colecistitis en el Hospital de Emergencias Villa el Salvador. citado 10 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4870972/Gu%C3%ADa%20de%20pr%C3%A1ctica%20cl%C3%ADnica%20para%20el%20diagn%C3%B3stico%20y%20manejo%20de%20colecistitis.pdf?v=1689794522>
23. Zakko S. Descripción general de la enfermedad de cálculos biliares en adultos. UpToDate [Internet]. [citado 11 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-gallstone-disease-in-adults?search=colescistitis%20cronica%20&topicRef=666&source=see_link
24. Llerena del Rio A., Londoño J. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de apendicitis aguda. Hospital de Emergencias Villa el Salvador. [Internet]. [citado 12 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3435747/10.%20gu%C3%ADa%20para%20el%20diagn%C3%B3stico%20y%20tratamiento%20de%20apendicitis%20aguda.pdf.pdf>
25. Martín R. Apendicitis aguda en adultos: manifestaciones clínicas y diagnóstico diferencial. UpToDate [Internet]. [citado 11 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2
26. Guías de práctica clínica y de procedimientos en ginecología. Instituto Nacional Materno Perinatal-2020. [Internet]. [citado 13 de marzo de 2024]. Disponible en:

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1310127/RESOLUCION%20DIRECTORAL%20N%C2%B0054-2020-DG-INMP/MINSA.pdf>

27. Munro MG, Critchley HOD, Broder MS, Fraser IS. Sistema de clasificación FIGO (PALM-COEIN) para causas de sangrado uterino anormal en mujeres no gestantes en edad reproductiva. *Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia*. 2011;113(1):3-13. [Internet]. [citado 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ijgo.2010.11.011>
28. Kaunitz A. Sangrado uterino anormal en pacientes en edad reproductiva no embarazadas: manejo. UpToDate [Internet]. [citado 13 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/abnormal-uterine-bleeding-in-nonpregnant-reproductive-age-patients-management?search=sangrado%20uterina%20anormal&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2
29. Cohen D. Prolapso genital femenino: lo que debería saber. *Rev. Med. Clin. Condes* - 2013; 24(2) 202-209. [citado 15 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-prolapso-genital-femenino-lo-que-S0716864013701512>
30. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en ginecología del departamento de Ginecología del Instituto Nacional Materno Perinatal. Ministerio de salud. 2011.
31. Gutiérrez C. Características clínicas y factores de riesgo asociados a prolapso genital en pacientes atendidas en consulta externa de ginecología del Hospital II Ramón Castilla de Lima, en el periodo 2012 a 2015. [Tesis de Medicina] Univ. Jorge Basadre, Tacna, 2016. [citado 16 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/items/9099118e-5827-485c-89b8-a8f15f66d2ae>
32. Rogers R., Fashokun T. Prolapso de órganos pélvicos en mujeres: epidemiología, factores de riesgo, manifestaciones clínicas y manejo. UpToDate [Internet]. [citado 16 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pelvic-organ-prolapse-in-females-epidemiology-risk-factors-clinical-manifestations-and->

[management?search=prolapso%20genital&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H7156639](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/221150150/)

33. Persu C, Chapple C, Cauni V, Gutue S, Geavlete P. Sistema de cuantificación del prolapso de órganos pélvicos (POP-Q): una nueva era en la estadificación del prolapso pélvico. J Med Life. 15 de febrero de 2011;4(1):75-81.[citado 16 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3056425/>

ANEXOS

Anexo n.º 1

EVALUACIÓN DE LA DESHIDRATACIÓN

PLAN DE TRATAMIENTO	A	B	C
I. OBSERVE:			
1. Estado de Conciencia*	Alerta	Intranquilo, irritable	Letárgico o inconsciente ^(a)
2. Ojos ^(b)	Normales	Hundidos	Muy hundidos y secos
3. Boca y lengua	Húmedas	Secas	Muy secas
4. Lágrimas	Presentes	Escasas	Ausentes
5. Sed*	Bebe normal sin sed	Sediento, bebe rápido y ávidamente	Bebe mal o no es capaz de beber o lactar
II. EXPLORE			
6. Signo del pliegue* ^(c)	Desaparece de inmediato	Desaparece lentamente (menor de 2 segundos)	Desaparece muy lentamente (mayor de 2 segundos)
III. DECIDA:		2 ó más signos	2 ó más signos incluyendo por lo menos un "signo clave"
	Sin signos de deshidratación	Algún grado de deshidratación	Deshidratación grave
IV. TRATE:	Use Plan A	Use Plan B pese a la niña o niño	Use el Plan C pese a la niña o niño

Fuente: Ministerio de Salud, Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda infecciosa en paciente pediátrico. Abril 2022.

Anexo n.º 2

CRITERIOS DE RANSON: PREDICTOR DE GRAVEDAD DE LA PANCREATITIS AGUDA

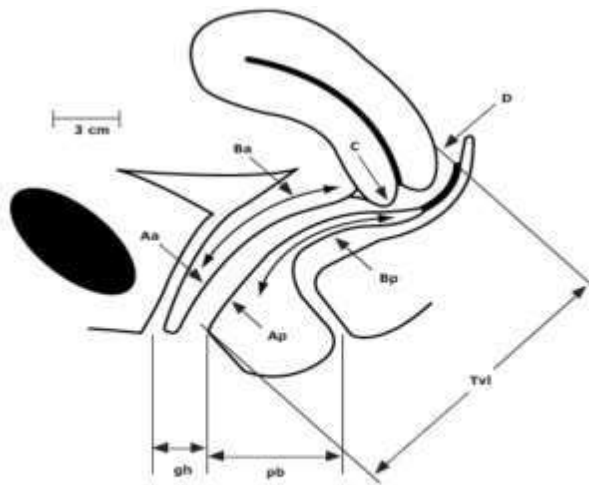
0 horas	
Edad	>55
recuento de glóbulos blancos	>16.000/mm ³
glucosa en sangre	>200 mg/dL (11,1 mmol/L)
Lactato deshidrogenasa	>350 U/L
Aspartato aminotransferasa (AST)	>250 U/L
48 horas	
hematocrito	Caer en ≥ 10 por ciento
Nitrógeno ureico en sangre	Aumento de ≥ 5 mg/dL (1,8 mmol/L) a pesar de los líquidos
Calcio sérico	<8 mg/dL (2 mmol/L)
pO ₂	<60mmHg
Déficit de base	>4MEq/L
Secuestro de líquidos	>6000ml

La presencia de 1 a 3 criterios representa pancreatitis leve; la tasa de mortalidad aumenta significativamente con cuatro o más criterios.

Fuente: Uptodate, Predictor de gravedad en pancreatitis aguda. 2024

Anexo n.º 3

SISTEMA POP-Q: CLASIFICACIÓN DEL PROLAPSO UROGENITAL



Seis sitios (puntos Aa, Ba, C, D, Bp, Ap), hiato genital (gh), cuerpo perineal (pb) y longitud vaginal total (tvl) utilizados para la cuantificación del soporte de los órganos pélvicos.

Aa	Ba	C
gh	Pb	tvl
Ap	Bp	D

Aa: punto A de la pared anterior; Ba: punto B de la pared anterior; C: cuello uterino o manguito; D: fondo de saco posterior; gh: hiato genital; pb: cuerpo perineal; tvl: longitud vaginal total; Ap: punto A de la pared posterior; Bp: punto B de la pared posterior.

Etapa 0	Sin prolapso Aa, Ba, Ap, Bp son -3 cm y C o D $\leq -(tvl - 2)$ cm.
Nivel 1	Porción más distal del prolapso -1 cm (por encima del nivel del himen)
Etapa 2	Porción más distal del prolapso ≥ -1 cm pero $\leq +1$ cm (≤ 1 cm por encima o por debajo del himen)
Etapa 3	Porción más distal del prolapso $> +1$ cm pero $< +(tvl - 2)$ cm (más allá del himen; no sobresale más de 2 cm menos que la longitud vaginal total)
Etapa 4	Eversión completa; porción más distal del prolapso $\geq +(tvl - 2)$ cm

Aa: Punto A de la pared anterior; Ba: punto B de la pared anterior; Ap: punto A de la pared posterior; Bp: punto B de la pared posterior; -: encima del himen; +: más allá del himen; tvl: longitud total vaginal.

Fuente: Uptodate, Prolapso de órganos pélvicos en la mujer: evaluación diagnóstica. 2023