

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO EN EL HOSPITAL NACIONAL
ARZOBISPO LOAYZA DEL PERÚ JUNIO 2023 - ENERO 2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL



ASESOR

EDGAR ROLANDO RUIZ SEMBA

LIMA- PERÚ

2024



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO EN EL HOSPITAL
NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA DEL PERÚ JUNIO 2023 -
ENERO 2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR:
ANGGELA CAROLINE LOO RONCAL
LIZA MELANY TOLENTINO PADILLA**

**ASESOR:
MG. EDGAR ROLANDO RUIZ SEMBA**

**LIMA- PERÚ
2024**

JURADO EVALUADOR

Presidente

DR. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Miembros

DR. JOHANDI DELGADO QUISPE

DR. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

Agradecemos a Dios por permitirnos culminar esta carrera profesional importante por los conocimientos y retos que nos ofrece, agradecemos a nuestros padres a quienes les debemos la vida ,por sus consejos para conducirnos por el bien, a mi familia en general les damos las gracias.

Asimismo, gratitud a nuestra querida Universidad de San Martín de Porres por habernos permitido formar parte de ella e inculcarnos conocimientos y valores indispensables para nuestro desempeño profesional.

Al Hospital Nacional Arzobispo Loayza, MINSA que durante nuestro internado nos apoyó con la asistencia de excelentes profesionales quienes nos brindaron conocimientos y formaron con el ejemplo nuestra actitud de servicio.

Y un agradecimiento especial al Dr. Ruiz Semba Edgar, quien con dedicación nos guió en la rotación de Medicina linternia y en el desarrollo de la presente investigación..

ÍNDICE

<i>DEDICATORIA</i>	<i>iii</i>
<i>ÍNDICE</i>	<i>iv</i>
<i>RESUMEN</i>	<i>v</i>
<i>ABSTRACT</i>	<i>vi</i>
<i>INTRODUCCIÓN</i>	<i>viii</i>
<i>CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</i>	<i>1</i>
<i>CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</i>	<i>44</i>
<i>CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</i>	<i>46</i>
<i>CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</i>	<i>66</i>
<i>CONCLUSIONES</i>	<i>67</i>
<i>RECOMENDACIONES</i>	<i>69</i>
<i>FUENTES DE INFORMACIÓN</i>	<i>71</i>

RESUMEN

El internado médico en el Perú es desarrollado por los estudiantes del séptimo año de la carrera universitaria el cual determina una etapa trascendental para su formación. El objetivo principal es usar sus conocimientos teóricos en la práctica hospitalaria, así afianzar los procedimientos desarrollados en la misma.

Objetivo: Presentar a detalle los casos clínicos evidenciados con las competencias prácticas y teóricas logradas durante el internado médico.

Metodología: Revisión de las historias clínicas de las especialidades de Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia y Pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Resultados: Se detallan cuatro casos clínicos de pacientes atendidos en las especialidades mencionadas.

Conclusiones: Los profesionales de la salud junto a los pacientes atendidos durante el internado médico ayudarán al estudiante de último año de formación profesional a consolidar sus conocimientos teóricos en la práctica, además de afianzar de manera guiada el acto médico para la optimización de sus conocimientos y capacidades, garantizando así una práctica médica favorable.

Palabras clave: Internado de medicina, casos clínicos, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Medicina Interna.

ABSTRACT

The medical internship in Peru is developed by students in the seventh year of university, which determines a transcendental phase for their training. The main goal is to use their theoretical knowledge in hospital practice, thus strengthening the procedures developed therein.

Objective: To present in detail the clinical cases evidenced by the practical and theoretical skills achieved during the medical internship.

Methodology: Review of the clinical histories of the specialties of Internal Medicine, General Surgery, Gynecology and Obstetrics and Pediatrics of the Arzobispo Loayza National Hospital.

Results: Four clinical cases of patients treated in the specialties are detailed.

Conclusions: Health professionals and the patients treated during the medical internship will help the final year student of professional training to consolidate their theoretical knowledge in practice, in addition to strengthening the medical act in a guided manner to optimize their knowledge and capabilities, thus guaranteeing a favorable medical practice.

Key words: Medical internship, clinic cases, Arzobispo Loayza National Hospital, internal medicine.

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DEL INTERNADO EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA DEL PERÚ JUNIO 2023 - ENERO 2024

AUTOR

ANGELA CAROLINE LOO RONCAL

RECuento DE PALABRAS

19908 Words

RECuento DE CARACTERES

118055 Characters

RECuento DE PÁGINAS

88 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

5.0MB

FECHA DE ENTREGA

Oct 3, 2024 11:59 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Oct 3, 2024 12:01 PM GMT-5

● **17% de similitud general**

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

- 17% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



Dr. EDGAR ROLANDO RUIZ SEMBA
DNI: 17891238

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-0671-5575>

INTRODUCCIÓN

Este trabajo detalla en sus capítulos los conocimientos captados durante la atención a pacientes en el internado Médico del Hospital Nacional Arzobispo Loayza desde el 1ro de junio del 2023 hasta el 31 de enero del 2024, cada paciente detallado en este trabajo se eligió por la importancia de aprendizaje que nos brindó.

El internado médico se desarrolla en el último año de la carrera de Medicina para poner en práctica los conocimientos adquiridos durante la formación teórica. Es llevada a cabo en un contexto hospitalario en donde se realiza la capacitación del futuro profesional de salud para ampliar sus capacidades y destrezas frente a un paciente. Esta atención multidisciplinaria va desde la promoción y prevención hasta el tratamiento y prevención secundaria de muchas patologías.

El Hospital Nacional Arzobispo Loayza se caracteriza por tener profesionales altamente capacitados para desarrollar la labor docente, brindando una enseñanza integral en base a las experiencias logradas a lo largo de su carrera como especialistas de la salud. Todos los instrumentos requeridos y el conocimiento que podrán ser utilizado en los sistemas de salud de nuestro país y la educación en salud de la población peruana para así poder ser conscientes de los problemas existentes y brindar las soluciones.

Cada hospital cuenta con las diferentes especialidades necesarias para el desarrollo del internado médico; sin embargo, muchos de estos no cuentan con los implementos justos y necesarios para el desarrollo adecuado,

Además el número de pacientes puede no ser la suficiente para el conocimiento completo de cada una de las patologías estudiadas previamente.

El presente trabajo de suficiencia profesional permite desarrollar de manera concisa y adecuada dieciséis casos clínicos de patologías frecuentes e importantes que pudimos identificar en cada una de las especialidades presentes en el hospital Nacional Arzobispo Loayza.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico está destinado a establecer los conocimientos teóricos conseguidos durante los años previos de formación, integrando cada enseñanza para el desenvolvimiento frente a cada paciente. En esta etapa rotamos por la especialidad de Medicina interna, Cirugía general, Ginecología y Obstetricia y Pediatría, siendo así que el interno médico está presente en la toma de datos para un adecuado llenado de la historia clínica, la ejecución de los diversos exámenes auxiliares, diagnóstico y sus diferenciales, el tratamiento y la evolución de diferentes pacientes.

1.1 Rotación en Medicina General

Caso clínico N.º 1

Paciente varón de 78 años con tiempo de enfermedad de 1 mes caracterizado por dolor abdominal a nivel de epigastrio, tipo urente de inicio súbito, curso intermitente de intensidad 8/10. En 3 oportunidades el dolor abdominal se acompaña de hematemesis y melena con volúmenes de 300 cc y 100 cc respectivamente. Es traído a emergencia debido a que 1h antes presentó sensación de desvanecimiento posterior a episodio de hematemesis con un volumen aproximado de 300 cc. Refiere llenura precoz y debilidad generalizada.

Funciones biológicas: peso disminuído en 20 Kg en 3 meses, peso actual 40 Kg, diuresis disminuída, apetito disminuído, sueño aumentado en el último mes.

Antecedentes:

- Patológicos: Niega.
- Quirúrgicos: Niega.
- Familiares: Niega.

Exámen físico:

- Paciente en AMEG (Aparente regular estado general), AMEN (Aparente mal estado nutricional), AMEH (Aparente regular estado de hidratación).

- FV (Funciones vitales): PA (Presión arterial): 100/60 mmHg (Milímetros de mercurio), FC (Frecuencia cardiaca): 110 lpm (Latidos por minuto), FR (Frecuencia respiratoria): 22 rpm (Respiraciones por minuto), T° (Temperatura): 36°C, SatO2 (Saturación de oxígeno): 97%
- PyF (Piel y faneras): Piel tibia, terrosa, poco hidratada y elástica, palidez ++/+++ , LLC (Llenado capilar): > 2 segundos.
- TyP (Tórax y pulmones): Tórax móvil, elevación simétrica, MV (Murmullo vesicular) pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- CV (Cardiovascular): RCR (Ruidos cardiacos rítmicos), taquicárdicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: plano, RHA (Ruidos hidroaéreos) presentes, timpanismo conservado, blando, depresible, no doloroso a palpación, no signos peritoneales.
- GU (Genitourinario): PPL (Puño percusión lumbar) negativo, PRU (Puntos renoureterales) negativo.
- SNC (Sistema Nervioso Central): LOtep (Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona), EG (Escala de Glasgow): 15/15, no signos de focalización, no signos meníngeos.

Impresión diagnóstica:

1. Hemorragia digestiva alta.
 - 1.1. D/C (Descartar) Enfermedad ulceropéptica.
 - 1.2. D/C Adenocarcinoma gástrico.
2. Síndrome anémico
3. Síndrome doloroso abdominal
4. Síndrome consuntivo

Terapéutica:

- NaCl 0,9% 500cc/30min
- Omeprazol 80 mg EV STAT, luego 40 mg EV c/12h

Plan de trabajo:

Se solicita los siguientes exámenes auxiliares y resultados:

- Hemograma completo: Hb (Hemoglobina) 6.9 gr/dl, leucocitos 9650 mm³, abastados 3%, segmentados 64%, plaquetas 421000 mm³.

Se transfunde 2 paquetes globulares al paciente debido a la anemia grave:
Hb control posterior a transfusión: 9.1 gr/dl.

- TP (Tiempo de protrombina) 14 segundos; INR (índice internacional normalizado): 1,04
- Glucosa basal: 97 mg/dl, urea: 65 mg/dl, creatinina: 0.36 mg/dl
- PCR (Proteína C reactiva): 0,38 mg/dl
- Exámenes serológicos: VIH1-VIH2 (-) , VDRL (-) , HbsAg (-), Grupo y factor RH: A+.

En los exámenes auxiliares de imagen tenemos:

- Endoscopía digestiva alta: Lesión ulcerada infiltrante antral: NM gástrico Borrmann III. No se encuentra sangrado activo. Se realiza biopsia: Adenocarcinoma poco diferenciado con patrón difuso y células en anillo de sello.
- TEM abdominopélvica: Engrosamiento en pared gástrica, no adenopatías.

Diagnóstico:

1. NM gástrico: Adenocarcinoma.
2. Hemorragia digestiva alta no activa .
3. Anemia moderada

Plan de trabajo:

- Paciente con indicación quirúrgica de gastrectomía subtotal.
- Seguimiento por consultorio externo de Oncología y Cirugía.
- Educación sobre signos de alarma.
- Sulfato ferroso 300 mg VO cada 24 horas.
- Alta con indicaciones.

Caso Clínico N.º 2

Paciente varón de 65 años natural y procedente de Pucallpa con tiempo de enfermedad de 3 meses por disnea de inicio súbito y curso progresivo que avanza a máxima con el tiempo e incrementa al decúbito lateral derecho, acompañado de tos seca.

Funciones biológicas: peso disminuído 15 Kg en 3 meses, peso actual 50 Kg, diuresis disminuído, deposiciones disminuídas, apetito disminuído, sueño aumentado en el último mes.

Antecedentes:

- Patológicos: Efusión pleural hace 3 meses evidenciado por radiografía.
- Quirúrgicos: Toracocentesis hace 3 meses por efusión pleural.
- Familiares: Padre fallecido por cáncer pulmonar.

Examen físico:

- Paciente en AMEG, AMEN, AREH.
- FV: PA: 159/75 mmHg, FC: 89 lpm, FR: 24 rpm, T°: 38,6°C, SatO₂: 89%
- Py F: tibia, poco hidratada y elástica, palidez +/+++ , LLC < 2 seg., no se evidencian lesiones cutáneas, no ictericia, no cianosis.
- TyP: Tórax móvil, amplexación limitada, uso de músculos accesorios de la respiración, matidez desplazable en región posterior, MV disminuido en ambas bases pulmonares, VV (Vibraciones vocales) aumentadas en límite superior del 1/3 inferior.
- CV: RCR, regulares de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: plano, RHA presentes, timpanismo conservado, depresible, no doloroso a la palpación, no signos peritoneales.
- GU: PPL (-), PRU(-), genitales adecuados para la edad y sexo.
- SNC: LOTEP, EG 15/15, no signos de focalización, no signos meníngeos.

Impresión diagnóstica:

1. Síndrome disneico.
 - 1.1. D/c Insuficiencia respiratoria I.
 - 1.2. D/c Efusión pleural.
 - 1.3. D/c NM (Neoplasia maligna) de pulmón
2. Síndrome consuntivo

Plan de trabajo:

Se solicita los siguientes exámenes auxiliares y resultados:

- Análisis de gases arteriales: Fio₂: 21%; T:36°C; pH 7,49; PCO₂ 39,4 mmHg; HCO₃ 30,3; PO₂ 55,2 mmHg.
- Hemograma: Hb 13,1 gr/dL, leucocitos 10200 mm³, segmentados 62%, abastoados 1%, plaquetas 275000 mm³.

- Urea: 33 mg/dl; creatinina: 0,66 mg/dl; glucosa: 88 mg/dl
- Proteínas totales: 6,55 g/dl, albúmina 3,19 g/dl, globulina 3,36 g/dl
- Deshidrogenasa láctica (DHL): 219 U/L, PCR: 4,57 mg/dl
- TP / INR: 14,8 9 seg / 1,11
- Radiografía de tórax: Efusión pleural bilateral a predominio de hemitórax izquierdo.

Se le realiza los siguientes procedimientos:

- Toracocentesis terapéutica y diagnóstica.

Líquido pleural:

- Cultivo de hongos: Negativo
- Coloración Gram: No se observan gérmenes
- Bioquímica: Recuento celular 70 mmc, glucosa 84 mg/dl, proteínas 5,34 gr/dl, albúmina 2,59 gr/dl, LDH 247 UI/L.
- Biopsia pleural: Se envían 2 fragmentos pardo-oscuros que miden 0,5 cm x 0,3cm x 0,3cm y 0,2 cm x 0,2cm x 0,2cm.
 - Informe anatómico patológico: Pleura y tejido pulmonar infiltrados por nidos neoplásicos epiteliales de forma de mórula.
- TEM TAP: Presencia de masa en periferia de base pulmonar derecha de aproximadamente 2x2x3cm. No se evidencian adenopatías.

Terapéutica:

- Dieta blanda.
- Cabecera elevada a 30°
- Antibioticoterapia: Clindamicina 600Mg 1 ampolla EV cada 8 horas. Ceftazidima 1 gr 2 ampollas EV cada 8 horas.
- Diuréticos: Furosemida 40 mg VO cada 24 horas. Espironolactona 100 mg VO cada 12 horas.
- Antipirético: Paracetamol 1gr condicional a T°>38° C.
- Oxigenoterapia por máscara de Venturi: Mantener SatO₂ ≥ 93%.
- CFV (control de funciones vitales) + BHE (Balance hidro electrolítico).

Diagnóstico:

1. Insuficiencia respiratoria I
2. NM primario pulmonar
3. Efusión pleural

4. Alcalosis metabólica

Plan de trabajo:

- Destete de oxigenoterapia: Efectuado con éxito y sin complicaciones
- Análisis de gases arteriales: Fio₂: 21%; T:36°C; pH 7,39; PCO₂ 40 mmHg; HCO₃ 25; PO₂ 85 mmHg.
- Seguimiento por consultorio externo de Oncología.
- Alta con indicaciones.

Caso Clínico N.º 3

Paciente masculino de 67 años con tiempo de enfermedad de 1 mes, acude a tópico de medicina de emergencia caracterizado por presentar herida en región plantar del pie derecho el cual fue atendido por un médico particular donde recibió tratamiento antibiótico y se le hizo 3 cultivos; 10 días después durante su control se encuentran fractura de 1er dedo del pie derecho asociado edema y dolor leve en región plantar. Dos días antes de su ingreso a emergencia paciente nota aumento de volumen y secreción serohemática, motivo por el cual acude al hospital. Funciones biológicas conservadas.

Antecedentes

- Patológicos: Diabetes *mellitus* 2 hace 30 años, recibe tratamiento con metformina 850 mg cada 12 horas, desayuno y cena. Hipertensión arterial hace 30 años, tratamiento regular con losartán 50 mg mañana y noche, captopril 25 mg mañana y noche. Enfermedad renal crónica hace 10 años, no diálisis.
- Quirúrgicos: Amputación del primer orjejo del pie izquierdo hace 5 años.
- Familiares: Madre falleció por Diabetes *mellitus* 2, padre falleció por cáncer de pulmón.

Examen físico:

- Paciente en AREG, AREN, AREH.
- FV: PA: 140/70 mmHg, FC: 87 lpm, FR: 19 rpm, T°: 36.8 °C, SatO₂: 95%
- PyF: Tibia, elástica, hidratada, LLC <2 seg., no cianosis, no edemas.
- TyP: Amplexación conservada, MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales.

- CV: RCR, regulares, no soplos audibles.
- Abdomen: Globuloso, RHA positivos, timpanismo conservado, blando y depresible, no dolor a la palpación superficial ni profunda, no signos peritoneales.
- GU: PPL (-), PRU (-), sin alteraciones.
- SOMA: Ausencia del primer orje del pie izquierdo. Primer orje del pie derecho con tejido granular y secreción serohemática maloliente, además compromiso óseo.
- SNC: LOTEPE, colaborador, EG 15/15, no signos meníngeos, no focalización.

Impresión diagnóstica:

1. Diabetes mellitus tipo 2 con complicaciones tardías.
 - 1.1. Pie diabético Wagner III.
2. Enfermedad renal crónica por HCl.
3. Hipertensión arterial no controlada por HCl.

Plan de trabajo:

- Laboratorios: Hb 11.3 gr/dl, leucocitos 8,140 mm³, hematocrito 32.8%, segmentados 60%, linfocitos 29%, urea 25 mg/dl, creatinina 0.54 mg/dl, glucosa basal 93 mg/dl, PCR 11 mg/dl, TP: 14.3 seg., INR 1.07.
- Grupo sanguíneo y factor "O" Rh+; Serológicos no reactivos.
- Perfil hepático: Bilirrubina total 7 mg/dl, directa 6.48 mg/dl, indirecta 0.22 mg/dl; proteínas fraccionadas: Proteína total 5.81 g/dl, albúmina 2.63 g/dl, globulina 3.18 g/dl, TGO (transaminasa glutámico-oxalacética): 415 u/l, TGP (Transaminasa Glutámico Pirúvica): 312 u/l, DHL 454 u/l.
- Examen de orina: Leucocitos 2 a 5 x campo, Células epiteliales negativo, gérmenes negativo.

Terapéutica:

- Ceftazidima 1 gr 02 ampollas EV c/08 horas
- Vancomicina 1 gr EV c/24 horas
- Tramadol 50 mg SC PRN a dolor
- Enoxaparina 40 mg SC c/24 horas
- Losartan 50 mg VO c/12 horas
- Atorvastatina 40 mg VO 10 pm

- Cilostazol 50 mg VO c/12 horas.
- Escala R de insulina: 180 – 249 = 3 UI, 250 – 299 = 5 UI, >300 = 7 UI
- Metformina 850 mg 01 tableta después de almuerzo.
- Hemogluco-test cada 08 horas.

Diagnósticos:

1. Diabetes mellitus tipo 2 con complicaciones tardías.
 - 1.1. Pie diabético Wagner III.
 - 1.2. Neuropatía diabética
2. Enfermedad renal crónica.
3. Hipertensión arterial no controlada.
4. Anemia leve.

Plan de trabajo:

- Continuar con curaciones en el servicio de pie diabético.
- Se solicitó riesgo quirúrgico y riesgo neumológico y se obtuvo un riesgo de grado II en ambos casos.
- Firma de consentimiento informado.
- Evaluación por el servicio de Traumatología para amputación del 1er orjejo de pie derecho quienes dan pase y efectivizan amputación correspondiente.
- Curación y control por consultorio externo de Traumatología.
- Control por consultorio externo de Endocrinología.
- Alta con indicaciones médicas.

Caso Clínico N.º 4

Paciente varón de 47 años natural de Lima y procedente del Rimac, con tiempo de enfermedad de 2 meses caracterizado por presentar diarrea acuosa (4 cámaras/día) y fiebre de 42,1 °C intermitente, asociado a náuseas que llegaron a 2 episodios de vómitos, asimismo cefalea y malestar general, se automedicaba con paracetamol 1 gr/ día con remisión parcial de los síntomas. Un día antes del ingreso presenta dolor tipo cólico en hipocondrio derecho que no cede con el paracetamol, motivo por lo cual es traído a emergencia. Paciente refiere trabajar en una

peluquería, y haber ingerido bebidas de dudosa preservación, y que cuenta con un perro.

Funciones biológicas: peso disminuido en 5 kg, diuresis, apetito y sueño disminuido en el último mes.

Antecedentes:

- Patológicos: tuberculosis (2007) con tratamiento completo.
- Quirúrgicos: fractura en hemicara izquierda a los 8 años.
- Familiares: madre con osteoporosis, padre con diabetes mellitus tipo II.
- Crianza de animales: un perro.
- Hábitos nocivos: ingesta de bebidas de dudosa procedencia.

Examen físico:

- Paciente en AREG, AREH, AREN.
- FV: PA: 110/70 mmHg, FC: 83 lpm, FR: 19 rpm, T°: 37 °C, SatO2: 98%
- PyF: Tibia, elástica, hidratada, LLC < 2 seg., ictericia ++/+++, no edemas.
- TyP: Amplexación conservada, MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales.
- CV: RCR, regulares, no soplos audibles.
- Abdomen: Plano, RHA positivos, timpanismo conservado, blando y depresible, no doloroso a la palpación, no signos peritoneales.
- GU: PPL (-), PRU (-), sin alteraciones.
- SNC: LOTEPE, colaborador, EG 15/15, no signos meníngeos, no focalización.

Impresión diagnóstica:

1. Síndrome icterico febril.

1.1 D/c dengue.

1.2 D/c rickettsia.

1.3 D/c leptospirosis.

Plan de trabajo:

- Hemograma completo: Hb 12 gr/dl, leucocitos 8,260 mm³, hematocrito 34.9%, segmentados 56 %, linfocitos 32%, urea 41 mg/dl, creatinina 0.9 mg/dl, glucosa basal 93 mg/dl, PCR 7.69 mg/dl, TP 13.4 seg., INR 1.00, grupo sanguíneo y factor: "O" +, serológicos no reactivo.

- Actualización de perfil hepático: Bilirrubina total 5.73 mg/dl, directa 5.53 mg/dl, indirecta 0.20 mg/dl; TGO 531 u/l, TGP 372 u/l, DHL 397 u/l; Ag HBs no reactivo, Anti HBc IgM no reactivo, anti VHC no reactivo,
- Recuento de plaquetas 60000, dosaje de fibrinógeno 403, FA (Fosfatasa alcalina) 1356 u/l, GGT (gamma glutamil transpeptidasa) 508 u/l.
- Urocultivo y sedimento de orina: negativo.
- Se solicita exámenes al Instituto Nacional de Salud: anticuerpo IgG rickettsiosis positivo, IgM virus dengue positivo, Elisa IgM Leptospirosis no reactivo.

Terapéutica

- Dextrosa 5% por 1000 cc 30 gotas x minuto
- ClNa (cloruro de sodio) al 20% 02 ampollas diluidas en la dextrosa
- ClK (cloruro de potasio) al 20% 01 ampolla diluida en la dextrosa
- Dimenhidrinato 50 mg EV condicional a náuseas
- Omeprazol 40 mg EV c/24 horas
- Metoclopramida 10 mg EV con alimentos c/08 horas
- Metamizol 1 gr condicional a fiebre >38 °C.

Diagnósticos:

1. Infección por Dengue tratada.
2. Infección por Rickettsia.

Plan de trabajo:

- Alta con indicaciones médicas.
- Alta con tratamiento de doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 7 días.
- Control por consultorio externo de medicina Interna.

1.2 Rotación en Cirugía General

Caso clínico N.º 1

Paciente varón de 37 años procedente de la ciudad de Cuzco, acude a consultorio externo por presentar disfagia a sólidos y líquidos hace 6 meses asociado a pérdida de peso significativa, dolor abdominal y vómitos alimenticios con restos hemáticos. Niega otras molestias.

Antecedentes:

- Personales: Niega antecedentes personales.
- Patológicos: Niega antecedentes patológicos.
- Familiares: Padre cáncer de estómago, madre viva
- Quirúrgicos: Niega antecedentes quirúrgicos.

Examen físico:

- FV: PA 120/75 mmHg, FC 88 lpm, FR 19 rpm, SatO2 98% y T° 36.5°C.
- PyF: Piel tibia, hidratada, palidez ++/+++, no ictericia, no cianosis, LLC < 2 segundos.
- TyP: Tórax simétrico, amplexación conservada, timpanismo conservado, MV pasa bien por AHT, sin ruidos agregados.
- CV: RCR de BI, sin soplos audibles.
- Abdomen: No distendido, excavado, RHA presentes, dolor leve a la palpación superficial y profunda, no masas palpables, timpanismo conservado.
- GU: PPL (-), PRU (-), sin alteraciones aparentes.
- SNC: Despierto, LOTEP. EG 15/15, no signos meníngeos, sin déficit neurológico aparente.

Impresión diagnóstica:

1. Síndrome doloroso abdominal
 - 1.1. D/C NM estómago
2. Síndrome emético
3. Síndrome consuntivo

Plan de trabajo

Se solicita los siguientes exámenes auxiliares y resultados:

- Hemograma: Hb 14.4 mg/dl, leucocitos 5660 mm³, segmentados 57%. abastionados 2% Glucosa basal 106 g/dl
- Glucosa: 81 mg/dl, TP/INR: 15.2 seg. / 1.14.
- TGP: 20 U/L; TGO: 23 U/L.
- Urea: 30 mg/dl; creatinina: 0,78 mg/dl.
- Proteínas totales: 7.26 g/dl; albúmina: 4.70 g/dl; globulina: 2.56 g/dl.
- Plaquetas: 267000 mm³, PCR: 0,11 mg/dl.

- CEA (Ag. Carcinoembrionario): 0.855 ng/ml, Ca 19-9 (cancer de pancreas): 6.4 U/ml
- Endoscopia digestiva alta: Estenosis a nivel esofágico distal, Acalasia tipo II, a descartar adenocarcinoma Vs NM en unión gastroesofágica; se obtuvo biopsia.
- Biopsia de tejido esofágico: Estructuras ganglionares con atipia nuclear que pueden corresponder a adenocarcinoma.
- Tomografía computarizada con contraste: Engrosamiento de pared a nivel de esófago distal. Divertículo traqueal a nivel de T2 y T3. Nódulo de Schmorl en T7 y T12.

Diagnóstico:

1. NM de esófago
 - 1.1. Síndrome emético
 - 1.2. Síndrome doloroso abdominal
 - 1.3. Síndrome consuntivo
2. Divertículo traqueal.
3. Hernia de Schmorl.

Plan de trabajo:

- Programación para SOP para esofagectomía subtotal más ascenso gástrico. y colocación de SNY (Sonda nasoyeyunal).
- Se solicitó riesgo quirúrgico y riesgo neumológico y se obtuvo un riesgo de grado I en ambos casos.
- Firma de consentimiento informado.
- Exámenes serológicos: VIH1-VIH2 (-) , VDRL (-) , HbAg (-).
- Grupo y factor RH: O+.
- Exámen de orina: negativo.

Terapéutica prequirúrgica:

- NPO (Nulla per os).
- VS (Vía salina).
- Colocación de CVC (catéter venoso central)
- NaCl 0.9% x 1000 cc volumen total 2500cc.
- Dextrosa 5% 1000 cc, total 1500 cc en 24 hrs.
- Ceftriaxona 2 gr EV ½ hora antes de ingresar a SOP.

- CFV + OSA (Observación de signos de alarma)
Reporte operatorio:
- Diagnóstico de ingreso: Neoplasia maligna de esófago.
- Diagnóstico de egreso: Neoplasia maligna de esófago.
- Operación realizada: Esofaguectomía subtotal más ascenso gástrico. Fístula esofagocutánea. Colocación de SNY.
- Hallazgos: Tumoración dura de 2cmx3cm en esófago distal más ganglios oscuros subcarinales. Se envía tejido a patología para su estudio respectivo.
- Terapéutica postoperatoria inmediato:
- NPO x 6 horas luego nutrición parenteral central.
- VS.
- Oxigenoterapia mediante CBN (Cánula binasal), asegurar saturación mayor a 93%
- NaCl 0.9% x 1000 cc □ volumen total 2800cc cada 24 horas.
- Ceftriaxona 2 gr endovenoso cada 24 horas.
- Ketoprofeno 100 mg endovenoso cada 8 horas.
- Metamizol 1 gr endovenoso cada 12 horas.
- Limpieza de fístula esofagocutánea.
- CFV + OSA
- Hospitalización en cirugía general

Paciente evoluciona de manera favorable, saturación postoperatoria de 90% por lo que requiere oxígeno, se efectiviza destete progresivo, se mantiene afebril durante su estancia, se realiza la limpieza de fístula esofagocutánea que se limita sin complicaciones en 2 semanas. Alimentación inicial mediante SNY, a la semana se prueba con tolerancia oral progresiva que se efectiviza de manera exitosa. Se realiza el retiro de los puntos. Por los motivos antes mencionados se decide alta médica con posterior control por consulta externa de cirugía general y oncología.

Caso Clínico N.º 2

Paciente mujer de 64 años acude a emergencia por presentar dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho con un tiempo de enfermedad de 6h de inicio intermitente y curso progresivo de intensidad 8/10 que se desencadenó tras la ingesta de alimentos grasos y se irradia a región infraescapular. Refiere que 1 semana antes del ingreso presentó sensación de alza térmica, ictericia, coluria y acolia, ante la sospecha de una colangitis se le realizó una colangiorensonancia la cual evidenció un lito de 5mm en la porción retropancreática del colédoco, motivo por el cual se le realiza a la paciente una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica sin complicaciones y de evolución favorable.

Antecedentes:

- Antecedentes patológicos: Hipertensión arterial hace 5 años, toma losartán 50mg. VO cada 12 horas.
- Antecedentes quirúrgicos: CPRE hace 1 semana.
- Antecedentes familiares: Niega antecedentes familiares de importancia.

Examen físico:

- AMEG, AMEH, AMEN, posición antiálgica.
- FV: PA 110/85 mmHg, FC 91 lpm, FR 17 lpm, SatO2 97% y T° 38,8°C.
- PyF: Piel tibia, elástica poco hidratada, no palidez, no ictericia, no cianosis. LLC < 2 segundos.
- TyP: Tórax simétrico de amplexación conservada, MV pasa bien por AHT, sin ruidos agregados.
- CV: RCR de BI, sin soplos audibles.
- Abdomen: globuloso, RHA aumentados, depresible, doloroso a la palpación profunda y superficial en hipocondrio derecho, punto doloroso Murphy positivo, timpanismo conservado, no signos peritoneales.
- GU: PRU (-), PPL (-), sin alteraciones.
- SNC: Despierto, LOTEPE. EG 15/15, sin signos meníngeos.

Impresión diagnóstica:

1. Síndrome doloroso abdominal.
 - 1.1. D/c Colecistitis aguda calculosa.
2. Colangitis en resolución Vs colangitis reagudizada.
3. Hipertensión arterial por HCL.

Plan de trabajo:

Se solicitan los exámenes auxiliares obteniéndose lo siguiente:

- Hemograma: hemoglobina 14 g/dl, leucocitos 7,480 mm³, neutrófilos 81.1%, plaquetas 280000 mm³.
- Perfil hepático: Bilirrubina total: 0.55mg/dl, bilirrubina directa 0,2 mg/dl, bilirrubina indirecta 0,35 mg/dl, TGO 40 U/l, TGP 55 U/l, FTA 140 mm³.
- Proteínas totales: 7.34 g/dl; albúmina: 4.29 g/dl; globulina: 3,05 g/dl.
- TP/INR: 12.4 seg./ 0.91
- Exámen de orina: negativo.
- Ecografía abdominal: Vesícula biliar de 9cm x 2,9cm, pared engrosada en 8mm con múltiples litos, el mayor de 18mm. Hepatomegalia. Esteatosis hepática

Diagnóstico:

1. Colecistitis aguda calculosa.
2. Hipertensión arterial por HCL.

Plan de trabajo:

- Programación para SOP para colecistectomía laparoscópica.
- Se solicitó riesgo quirúrgico y riesgo neumológico y se obtuvo un riesgo de grado II y grado I respectivamente.
- Firma de consentimiento informado.
- Exámenes serológicos: VIH1-VIH2 (-) , VDRL (-) , HbAg (-).
- Grupo y factor RH: A+.

Terapéutica prequirúrgica:

- NPO
- VS
- NaCl 0.9% x 1000 cc □ volumen total 2000cc cada 24 horas.
- Ceftriaxona 2 gr EV ½ hora antes de ingresar a SOP.
- Metamizol 1 gr endovenoso cada 12 horas

- Losartán 50 mg VO cada 12 horas.
- CFV+OSA
- Programación de emergencia a SOP para la realización de una colecistectomía laparoscópica.

Reporte operatorio:

- Diagnóstico preoperatorio: Colecistitis aguda calculosa.
- Diagnóstico postoperatorio: Colecistitis aguda calculosa.
- Operación realizada: Colecistectomía laparoscópica.
- Hallazgos: Vesícula biliar de 9cm x 3cm aproximadamente, de pared engrosada, contenido biliar claro, múltiples cálculos en su interior, el mayor de aproximadamente 15mm. Conducto cístico de 3 mm.

Terapéutica postquirúrgica inmediata:

- NPO por 6 horas, después tolerancia oral progresiva.
- VS
- NaCl 0.9% x 1000 cc □ volumen total 2000cc cada 24 hrs.
- Ceftriaxona 2 gr EV cada 24 hrs.
- Ketoprofeno 100 mg EV cada 8 hrs.
- Metamizol 1gr EV cada 12 hrs.
- Losartán 50 mg vía oral cada 12 horas.
- CFV + OSA
- Hospitalización en cirugía general

Paciente evoluciona de manera favorable, no requiere oxígeno, se mantiene afebril, sin complicaciones, por tal motivo se decide alta médica a las 24 horas con posterior control por consulta externa por cirugía general para evaluación y retiro de puntos a los 7 días.

Caso Clínico N.º 3

Paciente femenino de 24 años natural de Venezuela con residencia en Lima, refiere que 5 meses antes del ingreso presenta dolor de forma insidiosa y progresiva de tipo cólico en hipocondrio derecho que se irradia a región subescapular derecha, con una intensidad 8/10, motivo por el cual ingresó a emergencia en 3 oportunidades en el lapso de 3 meses. Su último ingreso

fue en Julio 2023 donde presenta los mismos síntomas, agregándole 15 días después ictericia, náuseas, vómitos y coluria, niega pérdida de peso; niega melenas. Paciente se hospitaliza y los síntomas fueron tratados con analgésicos endovenosos para ser programada para cirugía.

Antecedentes:

- Patológicos: Niega.
- Quirúrgicos: Quiste anexial derecho.
- Familiares: Madre asmática, padre con artritis.

Examen físico:

- FV : PA 120/70 mmHg, FC: 82 lpm, FR: 21 rpm, T° 36.7, SAT 98%, Peso: 89 kg, Talla: 168cm, IMC: 31.5
- Piel y faneras: Tibia, húmeda, elástica, LLC < 2 seg., no palidez, no ictericia, no edemas.
- Tórax y pulmones: Amplexación conservada, MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales.
- Cardiovascular: RCR, regulares, no soplos audibles.
- Abdomen: globuloso, no distendido, RHA positivo, timpanismo conservado, blando y depresible, no dolor a la palpación superficial ni profunda, no signos peritoneales, Murphy (-).
- Sistema Genitourinario: PPL (-), PRU (-), sin alteraciones.
- Sistema nervioso central: colaboradora, EG 15/15 puntos, LOtep, no signos meníngeos.

Impresión diagnóstica:

1. Síndrome doloroso abdominal
 - 1.1 D/c Colelitiasis
 - 1.2 D/c Coledocolitiasis
2. Obesidad grado I.

Plan de trabajo:

- Laboratorio: Hb 12.9 mg/dl, leucocitos 12060 mm³, segmentados 63%.
- Glucosa basal 106 g/dl, TP/INR: 12.9 seg / 0.96, PCR 0.917 mg/dl.
- Sedimento de orina: Leucocitos 2 a 5 por campo, hematíes 0 a 2 por campo, células epiteliales numerosas, gérmenes 1+.

- Perfil hepático: Bilirrubina total 0.63 mg/dl, bilirrubina directa 0.47 mg/dl, bilirrubina indirecta 0.16 mg/dl, GGT 293 U/L, FTA 201 U/L, TGO 161 U/L, TGP 286 U/L.
- Proteínas fraccionadas: Proteínas totales 7.97 g/dl, albúmina 4.44 g/dl, globulina 3.53 g/dl.
- Ecografía de abdomen superior: Vesícula no distendida, paredes delgadas, se evidencia múltiples imágenes líticas en su interior de 8 mm en promedio. Hepatopatía crónica difusa moderada.
- Colangiografía: Por motivos económicos de la paciente no se realiza dicho procedimiento. Se plantea CIO (Colangiografía intraoperatoria).

Terapéutica:

- Dieta hipograsa + líquidos a voluntad.
- Hioscina 20 mg VO condicional a dolor.
- CFV

Diagnósticos:

1. Colelitiasis.
 - 1.1. D/c Coledocolitiasis.
2. Obesidad grado I.

Plan de trabajo

- Programación para SOP para colecistectomía laparoscópica + CIO.
- Se solicitó riesgo quirúrgico y riesgo neumológico obteniéndose grado I y grado II respectivamente.
- Firma de consentimiento informado.
- Exámenes serológicos: VIH1-VIH2 (-) , VDRL (-) , HbAg (-),
- Grupo y factor RH: O+.

Reporte operatorio:

- Diagnóstico preoperatorio: Colelitiasis D/c coledocolitiasis
- Diagnóstico postoperatorio: Colelitiasis
- Cirugía realizada: Colecistectomía laparoscópica + CIO.
- Hallazgos: vesícula biliar +/- 9 cm x 3 cm, paredes delgadas, cístico 4 mm, vía biliar 6 mm. CIO: no impresiona lito, contraste pasa a duodeno.
- Paciente tolera el procedimiento sin ninguna intercurencia.

Terapéutica postoperatorio inmediato:

- NPO por 6 horas, luego iniciar tolerancia oral.
- Dextrosa 5% 1000 cc, total 1500 cc en 24 hrs
- Cloruro de sodio 20% 2 ampollas x 3
- Cloruro de potasio 20% 1 ampolla x 3
- Omeprazol 40 mg ev c/24 hrs
- ceftriaxona 1 gr ev c/ hrs
- Ketoprofeno 100 mg ev c/8 hrs
- CFV
- Hospitalización en cirugía general

Paciente evoluciona de manera favorable, no requiere oxígeno, se mantiene afebril, sin complicaciones, por tal motivo se decide alta médica a las 24 horas con posterior control por consulta externa por cirugía general para evaluación y retiro de puntos a los 7 días.

Caso Clínico N.º 4

Paciente femenino de 68 años natural de Áncash es acompañada por su hija por sensación de alza térmica no cuantificada, náuseas, vómitos y malestar general. Familiares refieren que aproximadamente que 07 días antes del ingreso de forma insidiosa y progresiva presenta a nivel de la herida operatoria mediana (PO 15 de laparotomía exploratoria) aumento de dolor, enrojecimiento y secreción purulenta motivo por el cual acude a emergencia donde es manejada con antibióticos y posteriormente es hospitalizada.

Antecedentes:

- Patológicos: DM2 hace 04 años no controlada, anemia leve.
- Antecedentes familiares: niega.
- Quirúrgicos: PO 15 de Laparotomía exploratoria + hemicolectomía derecha + ileostomía terminal por neoplasia maligna de colon (28/07/23). Mastectomía total izquierda por neoplasia maligna de mama (hace 12 años).

Reporte operatorio: (28/07/23)

- Diagnóstico preoperatorio: Obstrucción abdominal por eventración abdominal complicada.
 - Diagnóstico postoperatorio: Obstrucción abdominal por eventración abdominal complicada + neoplasia maligna de colon + carcinomatosis.
 - Operación realizada: Laparotomía exploratoria: hemicolectomía derecha + ileostomía terminal + cura quirúrgica.
 - Hallazgos: múltiples implantes peritoneales difusos en colon adyacente adherido con áreas de necrosis. Perforación colónica en ángulo epiplóico.

Examen físico:

- FV: PA 115/70 mmHg, FC: 90 lpm, FR: 16 rpm, T° 36.6, SAT 98%.
- PyF: Tibia, elástica, hidratada, LLC < 2 seg., palidez +/-, no edemas.
- TyP: Amplexación conservada, MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales.
- CV: RCR, regulares, no soplos audibles.
- Abdomen: Plano, no distendido, herida operatoria supra e infraumbilical afrontada de bordes irregulares, eritematoso en su tercio inferior con secreción seropurulenta, dolorosa a la palpación, en cuadrante inferior derecho se evidencia ileostomía vital, in situ, permeable; RHA positivos, timpanismo conservado, blando y depresible, no dolor a la palpación superficial ni profunda, no signos peritoneales.
- GU: PPL (-), PRU (-), sin alteraciones.
- SNC: lúcida, colaboradora, EG 15/15 puntos, LOTEP, no signos meníngeos.

Impresión diagnóstica:

1. Colección intraabdominal
 - 1.1. ISO superficial
 - 1.2. D/c ISO órgano/espacio
2. PO 15 hemicolectomía derecha + ileostomía terminal.
3. DM2 por historia clínica

Plan de trabajo:

- Hemograma completo: Hb 9.1 g/dl, leucocitos 9,260 mm³, segmentados 85%, eosinófilos 1%, monocitos 7%, linfocitos 7%, TP 14.5 seg., INR 1.08, plaquetas 164000 mm³, glucosa basal 149 mg/dl. PCR 9.47 mg/dl.
- Electrolitos séricos: Sodio 145 mEq/l, potasio 2.42 mEq/l, cloro 107.2 mEq/l.
- Examen de orina: Aspecto turbio, color amarillo claro, leucocitos 10 a 12 x campo, hematíes 4 a 6 x campo, epiteliales escasos, gérmenes 3+.
- Calcio 7.8 mg/dl, calcio iónico 1.04 mMol/L, paratohormona 48.58 Pg/ml.
- Perfil lipídico: Colesterol total 207 mg/dl, HDL 41.4 mg/dl, LDL 140.6 mg/dl, VLDL 25 mg/dl, triglicéridos 125 mg/dl, lípidos totales: 539 md/dl.
- Hemoglobina glicosilada 6.1%.
- Perfil hepático: Bilirrubina total 1.50 mg/dl, bilirrubina directa 0.50 mg/dl, bilirrubina indirecta 1.00 mg/dl, proteínas totales 7.70 g/dl, albúmina 4.80 g/dl, globulina 2.90 g/dl, TGO 22 U/L, TGP 15 U/L, gamma glutamil transferasa 132 U/L.
- Dímero D: 12.59 mg/l.
- Ecografía de abdomen: Vesícula no distendida, paredes delgadas, se evidencian litiasis en su interior 8 mm. Cavidad abdominal, a nivel del hipocondrio y flanco izquierdos adyacente a receso parietocólico se observa contenido heterogéneo de bordes bien definidos con un volumen de 180 cc.
- Interconsulta con dermatología por dermatitis periostomal, endocrinología para manejo de DM, infectología para seguimiento de infección, oncología para sugerencias.

Diagnósticos:

1. Colección intraabdominal
 - 1.1. ISO superficial
 - 1.2. ISO órgano/espacio
2. PO 15 hemicolectomía derecha + ileostomía terminal.
3. DM2 por historia clínica
4. Anemia moderada
5. Dermatitis de contacto periostomal

Terapéutica:

- Dieta hiperproteica 1900 kcal atraumática fraccionado en 3 tomas.
- Modulo proteico + colocación nocturna 300 cc c/8 hrs.
- Vía salina
- Piperaciclina tazobactam 4.5 mg EV c/6 hrs (suspender luego de 7 días).
- Metamizol 1.5 gr EV c/8 hrs.
- Insulina R a escala met subcutánea: 180-249: 3 ml; 250-299: 4 ml; ≥300: 5 ml.
- Enoxaparina 40 mg subcutánea c/24 hrs.
- Hemoglucotest c/8 hrs.
- Solución de Burrow, diluir 1 cucharada en ½ vaso de agua, colocar compresas mañana y noche, por 10 días.
- Betametasona 0.05% + mupirocina 2%, aplicar luego de la solución de Burrow por 10 días.
- CFV + BHE

Plan de trabajo:

- Curación de absceso diaria, con drenaje.
- Ecografía de abdomen con marcaje: colecciones en cavidad abdominal. En hipocondrio izquierdo de aproximadamente 92 cc. En flanco derecho de aproximadamente 25 cc. Adyacente y a la derecha de la herida operatoria, de aproximadamente 2 cc.
- Se trató la dermatitis periestomal. Indicación médica para seguimiento por consulta externa de Endocrinología y Oncología.
- Cierre de ISO con nylon 3/0 y alta con indicaciones médicas.

1.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso Clínico N.º 1

Paciente mujer de 28 años acude procedente de Piura refiere que hace aproximadamente 4 años presenta dolor en la zona pélvica tipo cólico, irradiado a zona pélvica de intensidad 7/10, intermitente acompañado de náuseas y que limitan parcialmente la deambulacion. Hace

aproximadamente 3 meses presentó sangrado vaginal tipo metrorragia utilizando 6 paños al día, asociado a cansancio y debilidad generalizada.

Antecedentes:

- Patológicos: Gastritis (2014).
- Quirúrgicos: Niega.
- Ginecoobstétricos: G0 P0000; menarquía a los 10 años, FUR 25/09/23, RC 7/28 días , 1era RS 15 años, URS hace 2 meses, NPS (Número de parejas sexuales) 04, RSCN (Relaciones sexuales contranatura) si, RSCM (Relaciones sexuales con la menstruación) si, PAP 22/02/23 negativa, método anticonceptivo: ACOs desde los 16 años.
- Familiares: Madre con diabetes mellitus 2.

Examen físico:

- FV: PA 110/70 mmHg, FC 80 lpm, FR 19 rpm, SatO2 98% y T° 37,5°C.
- PyF: Piel tibia, hidratada, palidez ++/+++ , LLC < 2 seg.
- TyP: Tórax simétrico, amplexación conservada, timpanismo conservado, MV pasa bien por AHT, sin ruidos agregados.
- CV: RCR de BI, sin soplos audibles.
- Abdomen: Ligeramente globuloso, RHA presentes, blando, depresible, leve dolor a la palpación en hipogastrio, no signos peritoneales.
- GU: PPL negativo, PRU negativo, sin alteraciones aparentes.
- Ginecológico:
 - Genitales externos de acuerdo a sexo y edad.
 - Especuloscopia: Vagina: amplia, elástica, tibia, no sangrado, no solución de continuidad; cérvix: posterior, OCE puntiforme, no sangrado vaginal.
 - Tacto vaginal: cérvix posterior, fibromuscular, +/- 3 cm, no dolor a la lateralización; útero +/- 7 cm, bordes lisos, irregulares, no dolor a la palpación bimanual; anexo derecho con masa de 3x4cm aproximadamente, leve dolor a la palpación, anexo izquierdo no doloroso, no masas. FSP (Douglas) libre.
 - Tacto rectal: diferido.
- SNC: Despierto, LOTEP. EG 15/15, no signos meníngeos, sin déficit neurológico aparente.

Impresión diagnóstica:

1. Sangrado uterino anormal:
 - 1.1. A descartar miomatosis uterina.
2. Síndrome anémico

Plan de trabajo:

Se solicita los siguientes exámenes auxiliares:

- Hemograma: Hb 10.9 gr/dl, leucocitos 7,280 mm³, segmentados 57%.
- Urea 25 mg/dl, creatinina 0.54 mg/dl, glucosa 95 mg/dl, PCR 11 mg/dl.
- TP: 14.3 seg., INR 1.07.

Se solicita una ecografía transvaginal.

- Se obtienen los siguientes resultados: Útero en anteversoflexión 74 mm x 35mm x 40 mm, con bordes irregulares, miometrio heterogéneo, endometrio trilaminar de 11.5 mm. Ovario derecho: tumoración de 57mm x 52mm en vidrio esmerilado. Mioma en cara anterior de 28mm x 29 mm fúndico lateral

Diagnósticos:

1. SUA: Miomatosis uterina
2. Anemia leve
3. Quiste de ovario derecho
 - 3.1. A descartar endometrioma de ovario derecho

Plan de trabajo:

- Se solicita prequirúrgicos: Leucocitos 6050, plaquetas 235000, TP 14.2
- Se solicitó riesgo quirúrgico y riesgo neumológico y se obtuvo un riesgo de grado I en ambos casos.
- Firma de consentimiento informado.
- Exámenes serológicos: VIH1-VIH2 (-) , VDRL (-) , HbAg (-).
- Grupo y factor RH: O+

Reporte operatorio:

- Diagnóstico preoperatorio: Miomatosis uterina + quiste de ovario derecho.
- Diagnóstico postoperatorio:
 1. Miomatosis uterina
 2. Quiste de ovario derecho D/C Endometrioma de ovario derecho.
- Cirugía realizada: Laparotomía exploratoria: quistectomía + miomectomía.

- Hallazgos: Útero +/- 8cm x 4cm x 4cm. Quiste de +/- 5 cm de contenido achocolatado. Mioma cervical cara anterior de +/- 5 cm. Mioma subseroso en cara lateral derecha de +/- 2 cm.

Terapéutica post operatorio inmediato:

- NPO por 6 hrs., después tolerancia oral.
 - Dextrosa 5 % 2000 cc en 24 hrs.
 - NaCl 20% 2 ampollas x 2
 - KCL 20% 1 ampolla x 2
 - Ketoprofeno 100 mg EV c/8 hrs.
 - Tramadol 100 mg subcutáneo c/12 hrs.
 - Cefazolina 1 gr EV c/8 hrs.
 - Ácido tranexámico 1 gr EV c/8 hrs.
 - Dimenhidrinato 50 mg ev c/12 hrs.
 - Sonda Foley permeable y retiro > igual 600 cc.
 - Se solicita Hb control en 6 hrs.
 - Vigilar signos de alarma
 - CFV c/6 hrs.
- Se reevalúa con resultados:
- Hb control en 9. 8 gr/dl
 - CFV y OSA.
 - Alta con indicaciones.

Caso Clínico N.º 2

Paciente mujer de 29 años segundigesta de 35 6/7 semanas por eco de primer trimestre acude a consultorio por presentar polaquiuria y disuria de 2 días de evolución, niega fiebre, niega otros síntomas. Niega síntomas premonitorios de eclampsia, niega sangrado vaginal, niega perdida de líquido vía vaginal, percibe movimientos fetales.

Antecedentes:

- Patológicos: Niega antecedentes patológicos, niega RAM.
- Familiares: Niega antecedentes familiares.
- Quirúrgicos: Niega antecedentes quirúrgicos.

- Obstétricos: G2 P1001 G1: 2021, RNAT femenino, peso: 2800 gr., parto eutócico. G2: Actual; menarquía a los 13 años, FUR 22/02/23, RC 5/28 días 1era RS 17 años, URS hace 5 días, NPS 02, RSCN si, RSCM si, PAP 25/07/23 negativa, método anticonceptivo: Preservativo de manera ocasional.
- 1era ecografía: 23/05/2023, EG: 13 semanas.
- Último eco: 18/07/2023, EG: 21 semanas, peso: 350gr.
- CPN: 4

Examen físico:

- AREG, AREN, AREH.
- FV: PA 100/85 mmHg, FC 85 lpm, FR 19 rpm, T 36.5 °C
- PyF: tibia, elástica y húmeda, LLC < 2 seg., no ictericia.
- TyP: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: Grávido, RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación. AU (Altura uterina): 15cm; SPP (Situación, presentación, posición): LPI; LCF (Latidos cardiacos fetales): 148 lpm; DU (dinámica uterina): ausente, MF (Movimientos fetales): ++/+++.
- GU: PPL negativo bilateral, no sangrado vaginal.
- Ginecologico: Genitales externos de acuerdo a sexo y edad.
 - Especuloscopia: Vagina amplia, elástica, tibia, no sangrado; cérvix posterior, puntiforme, no sangrado vaginal, no solución de continuidad.
 - Tacto vaginal: Dilatación: 0, borramiento: 0%, altura de presentación: -3, consistencia rígida, posición posterior, membranas ovulares íntegras.
- SNC: LOTEP, escala de Glasgow: 15/15, no focalización.

Impresión diagnóstica:

1. Segundigesta de 35 6/7 ss por ecografía del 1° trimestre.
2. descartar infección de tracto urinario (ITU)

Plan de trabajo:

Se solicitan los siguientes exámenes auxiliares:

- Hemograma: Hb 11.9gr/dl, leucocitos: 11570 mm³, abastionados: 2%, segmentados: 69%, plaquetas: 253000 mm³,
- PCR: 1.82mg/dl.
- Exámen químico de orina: Sangre Oculta: 1+; glucosa negativo, proteína 1+, cetonas negativo, urobilinogeno negativo, bilirrubina negativo, nitritos negativo, pH 5.0, densidad 1.020.
- Sedimento urinario: Leucocitos 20 a 40 por campo, hematíes 5-10 por campo, células epiteliales: regular cantidad, germenos 3+
- Urocultivo: Se aísla E. Coli BLEE + sensible a nitrofurantoína

Diagnóstico:

1. Segundigesta de 35 6/7 ss por ecografía del 1° trimestre /NLP
2. ITU E Coli BLEE + sensible a nitrofurantoína.

Plan de trabajo:

- Se hospitaliza para inicio de antibioticoterapia en el área de alto riesgo obstétrico y para evaluación de la paciente y producto.
- Se realiza test no estresante (NST) para verificar bienestar fetal. Feto reactivo 9/10 no se registra dinámica uterina.
- Se inicia antibioticoterapia con nitrofurantoína 100 mg cada 6 hrs por 7 días.
- Alta al segundo día de hospitalización con antibioticoterapia para completar tratamiento ya iniciado con nitrofurantoína vía oral.

Caso Clínico N.º 3

Paciente femenina de 26 años con un tiempo de enfermedad de +/- 2 meses acude por consultorio externo con ecografía de tumoración anexial derecha evaluada de manera particular, tiempo desde el cual presenta dolor a nivel de fosa iliaca derecha de intensidad 6/10, tipo cólico, no náuseas, ni vómitos.

Antecedentes:

- Patológicos: Niega antecedentes patológicos, niega RAM.
- Familiares: Niega antecedentes familiares.
- Quirúrgicos: Niega antecedentes quirúrgicos.

- Obstétricos: G0 P0000, menarquia a los 10 años, FUR 14/12/23, RC 5 días, 1era RS 18 años, URS hace 2 días, NPS, 04, RSCN si, RSCM si, PAP 16/10/23 negativa, ACO 3 meses en 2021, 9 meses en 2022

Examen físico:

- FV: PA 110/80 mmHg, FC 90, FR 19 x', T 36.5 °C
- AREG, AREN, AREH
- PyM: tibia, elástica y húmeda, LLC <2 segundos, no ictericia.
- TyP: MV pasa bien en ACP, no hay rales agregados.
- CV: RCRR de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: no distendido, RHA (+), blando, depresible, dolor a la palpación superficial y profunda en lado en flanco derecho, tumoración de aprox 6x5cm no móvil.
- GU: PPL negativo bilateral.
- Ginecológico: Genitales externos de acuerdo a sexo y edad. Especuloscopia: Vagina amplia, elástica, tibia, no sangrado, no solución de continuidad; cérvix posterior, puntiforme, no sangrado vaginal, no solución de continuidad. Tacto vaginal: cérvix posterior, fibromuscular, +/- 3 cm, no dolor a la lateralización; útero +/- 6 cm, bordes lisos, regulares, no dolor a la palpación bimanual; anexo derecho no masas, leve dolor a la palpación profunda, anexo izquierdo no dolor, no masas. FSP (Douglas) libre. Tacto rectal diferido.
- SNC: LOTEP, escala de Glasgow: 15/15, no focalización.

Impresión diagnóstica:

1. Tumoración anexial derecha

1.1. D/c teratoma

2. Obesidad grado II

Plan de trabajo:

- Completar prequirúrgicos y marcadores tumorales.
- Laboratorios: alfafetoproteína 1.28 ng/ml, antígeno carcinoembrionario 1.47 ng/ml, antígeno CA 125 7.73 u/ml.
- Hemograma: Hb 12.30 gr/dl, plaquetas 494.000 mm³, leucocitos 7.910 mm³, neutrófilos 59%, segmentados 59%, linfocitos 31%, monocitos 8%,
- Glucosa 101 mg/dl, urea 25 mg/dl, creatinina 0.6 mg/dl

- TP 12.8, INR 0.96, tiempo de coagulación 7 min, tiempo de sangría 2 min, serológicos negativos, grupo sanguíneo "O" RH +, urocultivo negativo, antígeno de superficie (HBsAg) negativo.
- Ecografía transvaginal: Tumoración compleja de anexo derecho: d/c teratoma. Ovario derecho paraovárica con una dimensión de 47x33 cm, con contenido sólido, irregular, hiperecogénico, que cuenta con fondo de saco posterior.
- Programar cirugía
Reporte operatorio:
- Diagnóstico preoperatorio: Quiste anexial complejo derecho.
- Diagnóstico postoperatorio: Teratoma ovárico derecho.
- Cirugía realizada: laparotomía exploratoria: quistectomía derecha.
- Hallazgos: útero +/- 7 cm de bordes lisos regulares, ovario izquierdo +/- 2 cm blanco nacarado, trompa izquierda +/- 7 cm, ovario derecho +/- 7 cm con tumoración de +/- 5 cm encapsulada que contiene grasa y pelos, trompa derecha +/- 7 cm.
- Se envía muestra a anatomía patológica.
Terapéutica post operatorio inmediato:
- NPO por 6 horas, luego tolerancia oral.
- Dextrosa 5 % 2000 cc en 24 horas
- Cloruro de sodio 20% 2 ampollas x 2
- Cloruro de potasio 20% 1 ampolla x 2
- Cefazolina 1 gr EV c/8 hrs
- Ácido tranexámico 1 gr EV c/8 hrs
- Ketoprofeno 100 mg EV c/8 hrs
- Tramadol 100 mg subcutáneo c/12 hrs
- Dimenhidrinato 50 mg ev c/12 hrs
- Sonda Foley permeable y retiro > igual 600 cc.
- Se solicita hemoglobina control en 6 hrs
- Vigilar signos de alarma
- CFV c/6 horas
Se reevalúa con resultados:
- Hb control en 11. 8 gr/dl

- CFV y vigilar signos de alarma
- Alta con indicaciones.
- Seguimiento a anatomía patológica por consultorio externo.

Caso Clínico N.º 4

Gestante de 12 semanas por ecografía de primer trimestre de 29 años refiere náuseas y vómitos de color verdoso desde aproximadamente 30 días. 17 días antes de su ingreso refiere ir al Hospital San Bartolomé, donde la pasan a UCI por desorden hidroeléctrico y dolor en hipocondrio derecho. Refiere que 7 días antes de su ingreso, aumentó el dolor, inició la fiebre, por lo que le realizan una ecografía abdominal donde se evidencia colelitiasis, por lo que es referida al hospital Loayza para manejo quirúrgico.

Antecedentes:

- Patológicos: Niega antecedentes patológicos, niega RAM, no pérdida de peso.
- Quirúrgicos: Cesárea 2011.
- Gineco-Obstétricos: menarquia a los 12 años, régimen catamenial 3 días irregular, FUR (fecha de última regla) 21/12/23, si dismenorrea, no dolor pélvico, no EPI (enfermedad pélvica inflamatoria), PAP (papanicolaou) 2011, no duchas vaginales. Cascareada 2011. Fórmula obstétrica G5 P1031, G1: 2009 perdida provocada, G2: 2011 cesárea feto a término, peso al nacer de 3250 kg, G3; 2015: perdida, G4: 2022 pérdida, G5: gestación actual. URS (ultima relación sexual) hace 3 meses, NPS (número de parejas sexuales) 02, RSCN (relaciones sexuales contra natura) niega, si dispareunia, MAC (métodos anticonceptivos) ampolla del mes que lo dejo el año pasado.
- Familiares: Madre y madre con hipertensión arterial.

Examen físico:

- FV: PA 90/60 mmHg, FC 80, FR 16 x', T 36.8 °C
- Paciente en AREG, AREN, AREH.
- PyM: tibia, elástica e hidratada, LLC < 2 seg., no ictericia.

- Mamas: simétricas, sin tumoraciones.
- TyP: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales agregados.
- CV: RCRR de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: no distendido, RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación.
- GU: PPL (-), no sangrado vaginal, no pérdida de líquido.
- Ginecológico: Genitales externos de acuerdo a sexo y edad, vello pubiano distribución ginecoide. (03//12/23)
 - Especuloscopia: Vagina amplia, elástica, paredes rosadas, no solución de continuidad; cérvix fibromuscular, OCE (orificio cervical externo) cerrado, no doloroso a lateralización.
 - Tacto vaginal: cérvix fibromuscular de 3 cm, OCE cerrado; útero +/- 10 cm, no dolor a la palpación bimanual; anexo derecho no doloroso, no masas, anexo izquierdo no doloroso, no masas. FSP (fondo de saco posterior) (Douglas) libre. Tacto rectal diferido.
- SNC: LOTEPE, EG 15/15, no focalización.

Impresión diagnóstica:

1. Gestante 12 semanas por ecografía 1er trimestre.
2. Hiperémesis gravídica.
3. Colecistitis calculosa aguda.

Plan de trabajo:

- Corrección electrolítica con retos de potasio
- Vigilar signos de alarma.
- Ecografía de abdomen superior:
 - Hígado: de tamaño normal, contornos regulares, parénquima leve hiperecogénico, no se evidencian lesiones focales.
 - Vías biliares intrahepáticas no dilatadas.
 - Vesícula: distendida, mide 94 x 44 mm, paredes delgadas, se evidencia barro biliar en abundante cantidad. No se evidencia litiasis en su interior.
 - Colédoco y vena porta de calibres adecuados.
 - Páncreas, bazo y riñones sin alteraciones.

- Útero grávido, incrementado de tamaño, presenta saco gestacional con embrión activo en su interior y LCF de hasta 153 lpm.
 - No líquido libre.
 - Conclusión: Hidrops vesicular asociado a barro biliar en abundante cantidad, esteatosis hepática leve. Cavidad uterina ocupada por gestación única activa.
 - Laboratorios: Hb 10.5 gr/dl, leucocitos 8.770 mm³, segmentados 64%, linfocitos 26%, glucosa 332 mg/dl, PCR 1.16 mg/dl.
 - Perfil hepático: bilirrubina total 0.58 mg/dl, bilirrubina directa 0.30 mg/dl, bilirrubina indirecta 0.28 mg/dl, proteínas totales 5.87 g/dl, albúmina 3.08 g/dl, globulina 2.79 g/dl, TGO 49 u/L, TGP 67 u/L, FA 162 u/L.
 - Examen de orina negativo.
 - Grupo sanguíneo "O" Rh+, serológicos negativos.
 - Ecografía genética: Gestación única activa de 12.3 sem por FUR y 12.6 sem por LCN. Ausencia de marcadores ecográficos para cromosopatías.
 - Interconsulta con Cirugía general: sugiere mantener hidratación endovenosa, hemograma no patológico y reevaluación a solicitud.
- (16/12/23 21:20 pm) Nota: Se acudió al llamado por parte de enfermería porque paciente refiere sangrado oscuro en escasa cantidad asociado a dolor pélvico. Se realiza ecografía evidenciando gestación activa con 140 lpm, se decide agregar progesterona.
- (17/12/23 01:30 am) paciente presenta dolor abdominal, aumento de sangrado vaginal. Al examen físico se evidencia expulsión de producto y membranas ovulares. conducta: legrado uterino.

Reporte operatorio:

- Diagnostico pre – operatorio: Aborto incompleto
- Diagnostico post – operatorio: aborto incompleto
- Cirugía realizada: Legrado uterino
- Hallazgos: útero +/- 12 cm, restos endouterinos en moderada cantidad.

Tratamiento post operatorio inmediato:

- NPO x 6 hrs
- Control de sangrado vaginal

- Higiene vulvo perineal
- Ketoprofeno 100 mg condicional a dolor
- Hb control 6 hrs post SOP
- Vigilar signos de alarma

Diagnósticos:

- Po de legrado uterino incompleto
- Anemia leve

Plan de trabajo:

- Hb: 9.9 gr/dl
- CFV + OSA
- Alta médica con indicaciones.

1.4 Rotación en Pediatría

Caso Clínico N.º 1

Paciente mujer de 8 meses de edad, procedente de Huancavelica es traída por su madre a emergencia por presentar 2 días de tos, congestión nasal y sensación de alza térmica.

Antecedentes:

- Patológicos: Paciente en estudio de acondroplasia probable.
- Nacida a término de 29ss pesando 3000 gr aproximadamente.
- Hospitalizada al nacer por ictericia neonatal.
- Quirúrgicos: Niegan antecedentes quirúrgicos.
- Familiares: Niegan antecedentes familiares.
- exámen físico:
- AREG, AREN, AREH
- Peso: 5 kg, talla: 0.53m, BH 24H: -723cc/d, FU 24Hrs: 10.6 cc/kg/h
- FV: FC: 106 lpm, FR: 30rpm, PA: 106/59, PAM:79, SAT 92% T° 36.8C°
- PyF: tibia, elástica y húmeda, LLC > 2 seg., no ictericia, palidez +/+++
- TyP: amplexación simétrica, MV disminuído en ambas bases pulmonares, subcrépitos bilaterales a predominio hemitórax izquierdo, roncales.

- CV: RCR, normofonéticos, pulsos periféricos presentes, no soplos audibles.
- Abdomen: no distendido, RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación.
- SNC: Fontanela anterior amplia, tono disminuido a predominio apendicular, moviliza extremidades adecuadamente.

Impresión diagnóstica:

1. Síndrome anémico.
2. A descartar neumonía adquirida en la comunidad.
3. A descartar sepsis.
4. Desnutrición crónica.

Plan de trabajo:

Se solicita los siguientes exámenes auxiliares:

- Análisis de gases arteriales: Fio2: 21%; T:36.8°C; pH 7,49; PCO2 39,4 mmHg; HCO3 30,3; PO2 55,2 mmHg.
- Hemograma: Hb: 12.3 gr/dl, leucocitos: 12320 mm³, abastados: 0%, segmentados: 37%, linfocitos: 56%, linfocitos reactivos: 3%, plaquetas: 345000 mm³.
- Electrolitos en sangre: Sodio: 139 mEq/l, potasio: 4.2 mEq/l, cloro: 104.5 mEq/l, fósforo: 4.58 mg/dl, magnesio: 1.75 mg/dl
- TP: 23.1 seg, INR:1,79, TTPA: 49,2
- Urea: 2 mg/dl; creatinina: 0.14 mg/dl; PCR en sangre: 2.654 mg/dl.
- Urocultivo: negativo.
- Hemocultivo (28/12/23): positivo para *Staphylococcus epidermidis*; se realiza un segundo hemocultivo (02/01/24): positivo para *Acinetobacter baumannii complex*.
- Radiografía de tórax: Radiopacidad pulmonar que compromete ambos campos pulmonares. Hiperflujo pulmonar. Cardiomegalia. D/c PCA
- Ecocardiograma: Ductus arterioso persistente de 22mm con shunt de izquierda a derecha repercusión hemodinámica FEVI 67%.
- Nebulización
- Se evidencia dificultad respiratoria marcada por lo que se pasa a la paciente a UCI pediátrico para ventilación mecánica invasiva.

Diagnóstico:

1. Sepsis
 - 1.1. Neumonía adquirida en la comunidad
2. Cardiopatía congénita: PCA (22mm).
3. Insuficiencia cardíaca congestiva.
4. Acondroplasia probable.
5. Desnutrición crónica.

Plan de trabajo:

- Tratamiento:
 - FM 13% 20 CC /HR POR 20 HRS POR SNG (VT 400 CC) reposo gástrico 6-10 AM
 - DX 5% 1000cc + NAACL20% 40CC + KCL20%10CC + GLU.CA10% 40CC+ SO2 MG 10CC > 5 cc/hr.
 - Adrenalina 3mg +NAACL 0.9 % 50cc - 0.35 cc/hr).
 - Dobutamina 250mg/50cc (0.21 cc/hr).
 - Ketamina 500 mg/50cc SF (0.67 cc/hr).
 - Midazolam 50cc/10cc SF (0.33 cc/hr).
 - Fentanilo 500 mg/10cc SF (0.5 cc/hr).
 - Rocuronio 200 mg/50cc SF (0.9 cc/hr).
 - Propofol 1% (2 cc/hr).
 - Albúmina 20% (1 cc/hr).
 - Furosemida 2.5 mg EV PRN oligoanuria.
 - Meropenem 200mg EV cada 8 hrs. (Pasar en 3 horas)
 - Vancomicina 100 MG + NaCl 0.9% 15cc EV C/ 6hrs.
 - Omeprazol 5mg EV cada 24 hrs.
 - Paracetamol 80mg PRN EV T> 38 C°
 - Clorhexidina 0.12% limpieza bucal cada 6 hrs.
 - Posición semifowler 30-40°
 - HGT cada 8 hrs.
 - CFV + BHE
- Se disminuye progresivamente el apoyo de vasoactivos.

- Se retira el apoyo oxigenatorio de manera gradual con éxito: Análisis de gases arteriales: Fio2: 21%; T:36°C; pH 7,4; PCO2 40 mmHg; HCO3 25; PO2 92 mmHg.
- Hemograma: Hb 11,1 gr/dL, leucocitos 10200 mm3, segmentados 62%, abastionados 0%, plaquetas 195000 mm3.
- Traslape de sedoanalgesia evitando signos y síntomas de abstinencia.
- Interconsulta al área de cardiología pediátrica del Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja para referencia, la cual es aceptada por indicación quirúrgica.
- Coordinar referencia al Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja en ambulancia.
- Alta para traslado al Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja.

Caso clínico N.º 2

Paciente masculino de 16 años acude a emergencia por presentar dolor abdominal de inicio insidioso y curso progresivo desde hace 1 día con una intensidad de 8 de 10 tipo cólico asociado a SAT, de inicio insidioso y curso progresivo.

Antecedentes:

- Natales: Parto único, eutócico, 39 ss de edad gestacional, sin complicaciones, inmunizaciones completas.
- Patológicos: Niegan.
- Quirúrgicos: Niegan.
- Familiares: Niegan.
- Examen físico:
 - FV: PA 110/80 mmHg, FC 89 lpm, FR 17 rpm, SatO2 99% y T° 37 °C.
 - AMEG, AREH, AREN, posición antiálgica.
 - PyF: Piel tibia, elástica y poco hidratada, palidez +/-, no ictericia, no cianosis, LLC < 2 segundos.
 - TyP: Tórax simétrico de amplexación conservada, MV pasa bien por AHT, timpanismo conservado, no ruidos agregados.
 - CV: RCR, regulares de buena intensidad, no soplos audibles.

- Abdomen: Distendido, RHA disminuídos, poco blando, dolor a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha, signo de Mc Burney positivo, signo de Dunphy positivo, signo de Blumberg positivo, no se palpan masas, timpanismo conservado.
- GU: PPL negativo, PRU negativo, sin alteraciones.
- SNC: Despierto, LOTEP. EG 15/15, sin signos meníngeos.

Impresión diagnóstica:

1. Síndrome doloroso abdominal

1.1. Apendicitis aguda

Plan de trabajo:

Se solicitan los siguientes exámenes auxiliares:

- Hemograma: Hb 13 g/dl, leucocitos 15 450 mm³, %neutrófilos 93%, plaquetas 220 000 / UI).
- Glucosa 85 mg/dl, urea 24 mg/dl, creatinina 0.98 mg/dl.
- Perfil de coagulación TP 12.3 segundos, INR 0.9
- Grupo sanguíneo O y fenotipo RH positivo.
- Examen de orina (leucocitos 1-2 células por campo, nitritos negativos).
- HIV Ag/Ab no reactivo, RPR no reactivo
- Electrocardiograma + riesgo cardiológico I.
- Consentimiento informado para procedimiento quirúrgico.

Terapéutica.

- NPO (nada por vía oral).V.S.
- NaCl 0.9% x 1000 cc volumen total 2600cc cada 24 horas.
- Ceftriaxona 2 gr endovenoso 30 minutos antes de ingresar a SOP (sala de operaciones).
- Ranitidina 50 mg endovenoso cada 8 horas.
- CFV + OSA
- Completar prequirúrgicos
- Programación SOP de emergencia: Apendicectomía laparoscópica.

Reporte operatorio:

- Diagnóstico preoperatorio: Apendicitis aguda.
- Operación realizada: Apendicectomía laparoscópica.
- Diagnóstico postoperatorio: Apendicitis aguda gangrenosa.

- Hallazgos: Apéndice cecal de 6 x 2 cm aproximadamente de posición descendente interna, gangrenada en toda su extensión, base indemne. Resto de órganos sin alteraciones.

Terapéutica postoperatoria:

- NPO durante 6 hrs., después tolerancia oral progresiva.
- V.S.
- NaCl 0.9% 2800 cc cada 24 hrs.
- Ceftriaxona 2 gr endovenoso cada 24 hrs.
- Ketoprofeno 100 mg EV cada 8 hrs.
- Ranitidina 50 mg EV cada 8 hrs.
- CFV + OSA
- Hospitalización en pediatría sin complicaciones .
- Alta con indicaciones

Caso Clínico N.º 3.

Paciente femenino de 16 años ingresa a emergencia con un tiempo de enfermedad de aproximadamente dos meses, caracterizado por calambres en miembros inferiores, pérdida de peso (4 kg en los últimos tres meses), polidipsia. Hace dos semanas refiere cefalea, visión borrosa y malestar general. Paciente con antecedente de DM (*Diabetes Mellitus*) no especificada hace 2 años por endocrinólogo particular, por presentar disminución de peso, polaquiuria y polidipsia, encontrándose en aquella oportunidad una glucosa basal en 360 mg/dl por lo que recibió tratamiento con metformina de 500 mg ½ tab/día por 6 meses, después paciente refiere controlarlo con alimento y auto suspender el tratamiento.

Así mismo, desde hace 8 meses presenta pápulas y nódulos de aspecto duro eritematoso y amarillentas a nivel de abdomen, tórax, brazos y piernas, ligeramente pruriginosas.

Antecedentes:

- Natales: Parto gemelar, eutócico, 40 ss de edad gestacional, sin complicaciones, alta conjunta e inmunizaciones completas.

- Ginecológicos: Menarquia 11 años, FUR: 18/09/23, RC 4/30 días.
- Patológicos: DM no especificada hace 2 años
- RAM: Penicilina.
- Quirúrgicas: niega.
- Familiares: Madre con cefalea crónica, padre aparentemente sano, hermana gemela aparentemente sana. Exámen físico:
- Paciente en AREG, AREN, AREH
- FV: FC 90 x min, FR 24 x min, PA 90/70 mmHg, SatO₂ 99%, T 36.8 °C, peso 50 kg.
- PyF: Tibia, húmeda y elástica, LLC<2 seg., presencia de pápulas y nódulos de aspecto duro, de coloración eritematosa y amarillenta a nivel de miembros superiores, inferiores y espalda.
- TyP: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales agregados.
- CV: RCR y regulares, no soplos audibles.
- Abdomen: Globuloso, no distendido, RHA +, blando, depresible, no dolor a la palpación superficial ni profunda.
- GU: PPL (-), PRU (-).
- SNC: LOTEPE, EG 15/15, no focaliza, colaboradora.

Impresión diagnóstica:

1. Diabetes mellitus, no especificada.
 - 1.1 CAD (Cetoacidosis diabética)
2. D/c dislipidemia
3. D/c molusco contagioso

Plan de trabajo:

- Laboratorios: Hb 12,2 gr/dl, hematocrito 37%, leucocitos 9300 mm³, abastionados 2%, segmentados 53%, linfocitos 35%, plaquetas 396000 mm³, PCR 0.08 mg/dl, glucosa 265 mg/dl, urea 26, creatinina, 1.34 mg/dl, colesterol total 691 mg/dl, colesterol HDL 11 mg/dl, triglicéridos 4300 mg/dl, TGP 11 U/L, ácido úrico 3.5 mg, T4 0.683 ng/dl, TSH ultrasensible 3.26 UI/ml, péptido C 0.923 ng/ml, anticuerpo anti-TG 18.41 UI/ml. Hemoglobina glicosilada 11.69 %, PCR 0.08, T3 libre 0.434 pg/ml.
- Serológicos: no reactivos
- AGA: Ph: 7.31, HCO₃ 15.8, PCO₂ 31.3

- Examen de Orina: negativo.
- Interconsulta con nefrología, endocrinología pediátrica, dermatología y nutrición.
- Se solicita biopsia de piel: Infiltración dérmica difusa por histiocitos levemente basófilos consistente a xantomatosis eruptiva.
- Se solicita exámenes lipídicos a padres y hermana gemela; resultados dentro de los valores normales.

Terapéutica farmacológica:

- NPO
- Insulina R 50 UI en 50 cc de NaCl, pasar 2.5 cc x hora.
- NaCl 0.9% 1000 cc + 15 cc de KCl 20%, pasar 153 cc en 1 hora.
- Control de glucosa capilar cada hora.
- Sí glucosa capilar <200, agregar 500 cc de dextrosa al 5% + 500 cc de NaCl 0,9% + 15 cc de KCl 20%.
- CFV + OSA
- BHE

Diagnóstico definitivo:

1. DM tipo 1 vs Mody
 - 1.1 CAD leve
2. Dislipidemia mixta primaria
3. Xantogranuloma
4. Trastorno de ansiedad

Plan de trabajo:

- Laboratorios: Colesterol total 238 mg/dl, triglicéridos 1190 mg/dl, LDL 206 mg/dl, urea 24 mg/dl, creatinina 0.54 mg/dl, HDL 21%, TGP 70 U/L.
- Glucosa basal 174 mg/dl, Hemoglobina glicosilada 9.2%
- AGA: Ph: 7.45, HCO₃ 23.6, PCO₂ 32.9
- Interconsulta con nutrición para orientación y consejo nutricional.
- Curación con solución de Burow 1/3 en lesiones en piel.
- Dieta para diabéticos 1800 kcl/día.
- Insulins NPH 7 am 20 UI, 7 pm 13 UI.

- Insulina R	≥150	≥201	≥251	≥300
Desayuno 6 UI	+1	+2	+3	+4

Almuerzo 8 UI	+1	+2	+3	+4
Cena 6 UI	+1	+2	+3	+4

Aplicar preprandial (30 minutos antes)

- Si HGT post prandial:

<200 → dar merienda normal

201-250 → dar ½ merienda

>250 → no dar merienda, solo agua

- Acido acetilsalicilico 100 mg vo 8 am
- Atorvastatina 40 mg vo 8 pm
- Ezetimiba 10 mg vo 8 pm
- Registro de HGT y dosis de insulina aplicadas en hoja aparte.
- Educación a la madre, enseñanza en aplicación de insulina y toma de HGT.
- Control por consultorio externo de endocrinología en 7 días.
- Alta médica con indicaciones.

Caso Clínico N ° 4

Paciente femenino de 16 años ingresa a hospitalización refiriendo que hace tres semanas presenta cansancio moderado, artralgias en dedos pulgares y cefaleas constantes. Dos días antes de su ingreso pierde sufre de síncope, donde es encontrada por su madre, la cual la lleva a emergencia de una clínica. En la clínica es estabilizada, toman exámenes de laboratorio, encuentran una hb de 3.6 mm/dL, glóbulos blancos 21200, linfocitos 64%, plaquetas 30000; le transfunden 03 unidades globulares y 01 paquete de plaquetas. Madre pide retiro voluntario y es llevada al Hospital Loayza por falta de recursos económicos.

Antecedentes:

- Patológicos: Hb al ingreso de 8.3 mg/dL, migrañas desde hace año y medio con tratamiento.
- Familiares: madre diabética, padre con obesidad, abuela materna falleció de cáncer al páncreas, hermano asmático y alérgico.

- Examen físico:
- Paciente en AREG, AREH, AREN.
- FV: peso 59 kg, talla 1.50 cm, IMC 23.23, T 37 °C, FC 91 x min, FR 20 x min, PA 100/60 mmHg, SatO₂ 98%
- Ectoscopia: Pariente en AREG, AREN, AREH.
- PyF: Piel tibia, hidratada, LLC < 2 seg., palidez ++/4+, no edemas.
- Cabeza, ojos, oídos, nariz, boca, faringe, cuello: Normocéfalo, simétricos, pupilar CIRLA (Central Isocóricas, Reactivas a Luz y Acomodación), oídos y nariz permeable, sin secreciones, boca húmeda, labios secos, faringe sin alteraciones, cuello cilíndrico, no se palpan adenopatías.
- TyP: Tórax simétrico con amplexación conservada, MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales.
- CV: RCR, REGULARES, no soplos audibles.
- Abdomen: plano, no distendido, RHA +, blando, depresible, dolor a la palpación profunda en cuadrante superior derecho, no signos peritoneales.
- GU: PPL (-), PRU (-).
- Sistema osteomuscular: rangos articulares conservados, dolor articular en ambos dedos pulgares al movimiento.
- Ano y recto: tacto rectal negativo.
- Neurológico: LOTEPE (persona orientada en lugar, tiempo, espacio y persona), escala de Glasgow: 15/15, no signos de focalización, despierta, colabora.

Impresión diagnóstica:

1. Anemia moderada

1.1. Bicitopenia

2. D/c Leucemia aguda

Terapéutica:

- Dieta blanda atraumática + LAV
- Hidratación 3000cc/m² (sin potasio)
- Omeprazol 40 mg ev c/24 hrs.
- Paracetamol 1 gr condicional a cefalea.
- BHE estricta, CFV + OSA

- Hematología indica: Alopurinol 10 mg/kg VO c/8 horas.
- Plan de trabajo:
- Se solicita un aspirado medular + citometría de flujo, panel molecular + cariotipo; no se completó por transferencia.
- Solicitar radiografía de tórax
- Ecografía de abdomen
 - Hígado: LHD:123 mm. tamaño normal, bordes uniformes, parénquima homogéneo, no se observan evidencias focales ni difusas.
 - Vías biliares intrahepáticas, colédoco, vena porta, vesícula, bazo, vejiga, útero y ovarios, todo dentro de parámetros normales.
 - No líquido libre.
 - Riñón derecho: bordes uniformes, parénquima homogéneo de 18mm, con ectasia piélica
 - Riñón izquierdo: Bordes uniformes, parénquima homogéneo de 19 mm, con ectasia piélica.
 - Impresión diagnóstica de ecografía: ectasia piélica bilateral
- Laboratorios: Hb 8.4 mg/dl, leucocitos 9270 mm³, linfocitos 63%, plaquetas 15000 mm³, PCR 0.72 mg/dl, creatinina 0.46 mg/dl,
- TGP 65 U/L, GGT, 55 U/L, ácido úrico 1.2mg, fósforo 5.56 mg/dl.
- Transfundir 05 unidades de plaquetas, hemograma control.
- Hemograma post transfusión: Hb control 9.1 gr/dl, leucocitos 8680 mm³, linfocitos 65%, plaquetas 37000 mm³.

Diagnóstico definitivo:

1. Leucemia aguda
2. Bicitopenia

Plan de trabajo:

- Continuar con hidratación y manejo preventivo.
- Coordinar referencia al INEN en ambulancia.
- Alta para traslado a INEN.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El presente trabajo se apoya en los datos recolectados y experiencias adquiridas durante las diversas rotaciones realizadas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

El hospital en mención fue fundado en 1549 por Don Gerónimo de Loayza y Gonzáles, el primer arzobispo del Perú, dirigida inicialmente para tratar a la población indígena y teniendo como primera ubicación en un terreno perteneciente a lo que hoy es la iglesia Santa Ana y un sector de la Maternidad de Lima.

Actualmente el hospital cuenta con múltiples especialidades siendo de categoría III-1, por lo que recibe pacientes de cualquier parte de nuestro país; pacientes que por su complejidad fueron referidos de su lugar de procedencia, otros llegaron por sus propios medios buscando otras opiniones o por sugerencia de algún familiar.

Como internas de medicina , teníamos diferentes responsabilidades de acuerdo al área donde nos encontraremos, desde los tópicos de emergencia, hospitalizaciones y sala de operaciones. En emergencia, recibimos a los pacientes, llenando la historia clínica, haciendo el examen físico, escuchando el caso para presentarlo al residente encargado, para luego completar la documentación necesaria para seguir con la atención.

En algunas rotaciones hacíamos guardias de 12 y hasta 24 hrs en emergencia, lo cual nos permitía entrar a sala de operaciones si fuese el caso. En el caso de hospitalización, como en medicina interna y cirugía general, éramos un poco más autónomos, ya que solo eramos los internos y residentes de tercer año, por lo tanto, nos permite abarcar más cosas, como curaciones, suturas, limpiezas, paracentesis, agas, extracción de sangre, tactos vaginales.

Esto también implicaba que por cuestión de ganar tiempo, nosotros mismos llevábamos a los pacientes a tomografías, ecografías, radiografías, endoscopias, etc. En el contexto quirúrgico, hicimos desde instrumentistas hasta segundas ayudantes, incluso suturando la piel al finalizar.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación en Medicina general

Caso Clínico N.º 1

La hemorragia digestiva alta es una condición clínica caracterizada por presentar sangrado proveniente del esófago, estómago y la porción del duodeno antes de llegar al ángulo de Treitz. (1)

La etiología se divide en 2 grupos, la causa no varicosa y varicosa, dentro de la primera tenemos a las úlceras, reflujo gastroesofágico, gastropatía hipertensiva, tumores gástricos; en las causas varicosas tenemos a las várices esofágicas.

Epidemiología: (x2 el de arriba)

- Mayor incidencia en pacientes del género masculino mayores de 60 años.
- La prevalencia en EEUU es de 50 a 172 casos por cada 100000 personas.
- China presenta entre 4 a 14% de mortalidad; Perú, 9% de mortalidad.

Factores de Riesgo: Sexo masculino, cirrosis hepática, medicamentos: AINES, Inhibidores selectivos de COX-2, infección de Helicobacter pylori.

Signos y síntomas: Hematemesis, melena, palidez, epigastralgia.

Diagnóstico: Se desarrolla el diagnóstico al determinar la ubicación del sangrado, para la cual la clínica nos guiará, sin embargo la endoscopía digestiva. La endoscopía tiene como objetivos la exploración del tubo digestivo, toma de biopsias, aplicación de tratamientos, entre otros. (2)

Tratamiento: Se tomarán medidas iniciales valorando el estado de conciencia, la saturación de O₂, analítica de pruebas de coagulación y asegurar 2 vías periféricas gruesas. Si la Hb se encuentra $\leq 7\text{g/dl}$ se deberá transfundir. En los casos de INR normal con hemorragia no activa administrar vitamina K 20mg iv; en hemorragias activas, vitamina K iv y concentrados de factores protrombóticos. (3)

Caso Clínico N.º 2

Es la incapacidad del sistema respiratorio para ejecutar funciones como el intercambio gaseoso a nivel alveolar de O₂ y CO₂ necesarias para las actividades metabólicas del organismo. (4)

Epidemiología: El Dr. Rodriguez Moya, en un estudio Forma parte del 50,6% del motivo de consulta en India.(5)

Factores de Riesgo: Serán definidos por cada una de las patologías que la generen. Entre los comunes tenemos al tabaquismo, los extremos de la vida, las infecciones pulmonares, la exposición a irritantes pulmonares.

Signos y síntomas: Disnea. cianosis, uso de músculos accesorios de la respiración, taquipnea o bradipnea.

Diagnóstico: Se evaluará la clínica ya mencionada y se adjuntará exámenes complementarios de ser necesario según la sospecha clínica.

Entre los exámenes más usados para determinar la etiología causante de la insuficiencia tenemos a los siguientes:

- Análisis de gases arteriales: Es una prueba de serología arterial rápida y económica. Puede determinar el tipo de insuficiencia respiratoria.
- Para orientar la causa de la etiología principal tenemos a la radiografía de tórax, tomografía de tórax, ecografía en región torácica, biopsias, etc

Clasificación de insuficiencia respiratoria:

- Tipo I: También llamada hipoxémica. Caracterizada por presentar una PO₂ <60 mmHg. Se encuentra en casos de neumonía, edema agudo de pulmón, atelectasia, insuficiencia cardiaca, aspiración, etc.
- Tipo II: Denominada también hipercápnic. Caracterizada por presentar PCO₂ >50 mmHg. Se encuentra en casos de asma, EPOC, , miastenia gravis, botulismo, distrofia muscular, etc.
- Tipo III: Relacionada a una situación operatoria que limita la respiración por causas electrolíticas, obesidad.
- Tipo IV: Presente en estados de shock.

Tratamiento: Orientado a la cura de la patología de fondo, sin embargo el manejo de insuficiencia respiratoria como tal se halla en prevenir, mejorar y corregir la hipoxia. La oxigenoterapia es un medio para regular la hipoxemia, aporta concentraciones mayores al del aire ambiental. (6)

Para la reposición de la hipoxemia se hará uso de sistemas de bajo y alto flujo las cuales dependen del FiO₂ necesario y de la condición clínica del paciente. (7)

Caso Clínico N.º 3

El pie diabético es una de las complicaciones más comunes como consecuencia de una Diabetes *mellitus* tipo 2 mal controlada.

Epidemiología: Según la Fundación Internacional de Diabetes casi 60 millones de personas sufren de úlceras de pie diabético a nivel mundial. (8)

Se informó en el Boletín Epidemiológico de Marzo del 2024 que en el 2023 se registraron 37919 casos de Diabetes Mellitus de los cuales el 4.2% (1610) son complicaciones de pie diabético. (9)

Factores de Riesgo: Tenemos al género masculino 3:2, el control glicémico, raza y condición socioeconómica, tratamiento de diabetes, dislipidemia, obesidad, hipertensión, consumo de cigarrillos, enfermedad arterial periférica y cardiaco, neuropatía periférica, retinopatía y nefropatía, herida traumática, piel seca que genera grietas o fisuras en la piel.

Signos y síntomas: Inflamación con eritema, hinchazón, sensibilidad y calor. La presencia de pus puede ser de mal pronóstico. Los diabéticos con neuropatía sensorial disminuida pueden presentar complicaciones de tales infecciones llegando a hueso. Pueden presentar tejido de granulación friable o decolorado y socavación de los bordes de la herida. (8)

Diagnóstico: para la evaluación antes sospecha de infección de pie diabético hay 3 puntos clave: determinar la gravedad y extensión de la infección, evaluar la etiología microbiana e identificar los factores que predisponen y promueven la infección.

En esta evaluación tenemos la anamnesis, examen físico incluyendo las clasificaciones y exámenes complementarios. (10)

Clasificación de Meggit-Wagner

- Grado 0: No tiene lesiones, el pie se encuentra en riesgo; caracterizado por tener cabezas de metatarsianos prominentes, callos gruesos, deformidades óseas y dedos en garra.

- Grado I: Presenta úlceras superficiales, caracterizado por destrucción del espesor total de la piel.
- Grado II: Presenta úlceras profundas, que penetran la piel grasa, ligamentos pero sin afectar hueso, se encuentra infectada.
- Grado III: Presenta úlcera profunda más absceso (osteomielitis), es extensa y profunda, presenta secreción y mal olor.
- Grado IV: Es una gangrena limitada, presentando necrosis de una parte del pie o de los dedos, talón o planta.
- Grado V: Es una gangrena extensa, presenta todo el pie infectado con efectos sistémicos. (11)

Tratamiento: debe empezar con una evaluación completa de la úlcera y del estado de salud general del paciente. Se debe evaluar alguna evidencia de infección, neuropatía diabética, enfermedad arterial periférica, edema, desnutrición y deformidades óseas. (12)

Caso clínico N.º 4

El dengue es una enfermedad infecciosa producida por un virus con 4 serotipos, transmitida por el zancudo *Aedes aegypti*.

Epidemiología: Viajes a zonas endémicas, como Pacífico occidental, Centroamérica, Asia, África. Entre las últimas causas estaban el incremento de áreas tropicales y subtropicales, el cambio climático, la expansión del fenómeno del Niño, la precariedad de las viviendas al no contar con agua potable y desagüe. (13)

Factores de Riesgo: La incidencia a nivel mundial ha aumentado en las últimas décadas debido a que la distribución geográfica de estas enfermedades se ha expandido; mucho tiene que ver el resultado del crecimiento poblacional y comportamiento de sus habitantes, con una mala planificación urbana, hacinamiento y pésimo saneamiento. Sumado a esto tenemos los grandes cambios climáticos. Asociado principalmente al fenómeno del Niño; como la temperatura global seguirá en aumento, entonces se espera que *Ae. aegypti* abarque más terreno. (14)

Signos y síntomas: se divide en 4 fases

- Fase de infección.
- Fase febril: fiebre alta repentina $\geq 38,5$ °C, cefalea, vómitos, artralgia, mialgia. Se puede observar petequiascutar transitoria que se presenta de 2 a 5 días luego del inicio de la fiebre, puede aparecer en cara, tórax, abdomen y extremidades. Otras manifestaciones adicionales son tos, congestión nasal y dolor de garganta. Esta fase dura de 3 a 7 días, después la recuperación suele ser sin complicaciones.
- El examen físico puede demostrar inyección conjuntival, eritema faríngeo, hepatomegalia y linfadenopatía. Se puede observar petequias en piel y/o paladar, hinchazón facial y hematomas.
- Fase crítica: Entre el 3er y 7mo día de infección presentan fuga de plasma, sangrado, deterioro orgánico y shock; dura entre 24 y 48 hrs.
- Fase de recuperación: la pérdida de plasma y la hemorragia se resuelven, los signos vitales se estabilizan, los líquidos acumulados se reabsorben. Esta fase puede durar de 2 a 4 días; sin embargo, los adultos pueden sentir fatiga profunda durante días o semanas.

Diagnóstico: Este suele establecerse por la clínica, según las diferentes estaciones y regiones con una alta coincidencia de infección por dengue. Durante la primavera semana de la enfermedad esta infección podría confirmarse con los niveles de hematocrito, plaquetas y leucocitos. La IgM se puede detectar 4 días después de la infección.(15)

Tratamiento: No existe una terapia antiviral directa contra los virus del dengue, el tratamiento intensivo se basa en soporte, líquidos intravenosos, transfusiones de sangre para contrarrestar el sangrado grave. (16)

3.2 Rotación en Cirugía General

Caso Clínico N.º 1.

El cáncer de esófago es una de las neoplasias más agresivas del tracto digestivo, presenta alta morbilidad y mortalidad que va desde el 4-40%.

Los tipos histológicos más frecuentes son el adenocarcinoma (AC) y el carcinoma de células escamosas (SCC). (17)

Epidemiología: Es la séptima neoplasia diagnosticada a nivel mundial. (18)

La población masculina es la más afectada presentándose hasta en un 70% de los diagnosticados. (17)

Presenta una mortalidad que puede ir desde un 4% hasta un 40%, que varía además según la etapa de diagnóstico. (19) Sudáfrica y China cuentan con 130 casos por cada 100 000 habitantes. China registra más del 50% de los casos presentados a nivel mundial. (20) En el Perú la incidencia en varones se encuentra entre 1,4 y 2,5 por cada 100 000 habitantes, manteniendo predominio en la región costa.

Factores de Riesgo: La ingesta de cáusticos es el factor más potente, multiplica por 40 el riesgo. El sexo masculino, síntomas de reflujo gastroesofágico, sobrepeso y la infección por *Helicobacter pylori* son los factores relacionados al esófago de Barret, el cual se encuentra relacionado al adenocarcinoma de células esofágicas. (21). China registró que al 20-40% de pacientes con el diagnóstico de tumor epidermoide se le detectó ADN tumoral del virus del papiloma humano (VPH); sin embargo, es un factor no encontrado en otras regiones. (22)

Signos y síntomas: Disfagia 96%, odinofagia, caquexia 72%, hiporexia.

Diagnóstico: Además de un correcto interrogatorio para el llenado de la historia clínica se hará uso de exámenes complementarios de rutina, sin embargo las pruebas necesarias para el diagnóstico y estadiaje será el ultrasonido endoscópico (USE), ya que presenta una sensibilidad mayor para la determinar la profundidad de la invasión del tumor, también es útil para evaluar linfadenopatías paraesofágicas. La tomografía nos facilitará la detección de metástasis. La clasificación TNM será importante para poder determinar el tipo de tratamiento a optar en cada paciente.

Tratamiento: Se establecerá según la etapa.

Etapa 0 (in situ): Entre las opciones tenemos a la resección endoscópica mucosa (REM) y la ablación por radiofrecuencia (RFA). La terapia combinada (REM + RFA) presenta un 73% para la displasia y 93% de eliminación completa de la neoplasia.

Etapa I: La mucosectomía para el carcinoma mucoso superficial, si existe afección de la muscular de la mucosa optamos por la esofagectomía. La esofagectomía con linfadenectomía torácica y abdominal en afección de la submucosa etapa (T1b).

Etapa II: Esophagectomía en neoplasias sin enfermedad ganglionar (T1 N0). Terapia neoadyuvante con radiación y quimioterapia más la resección en pacientes con invasión ganglionar N1 o localmente avanzada (T3).

Etapa III: Entre las opciones tenemos a la esofagectomía transhiatal, transtorácica de Ivor-Lewis o de McKeown, radioterapia más quimioterapia adyuvante. En casos de invasión a la tráquea, corazón, grandes vasos y pulmón, ganglios positivos en varias estaciones, ganglios supraclaviculares y metástasis a distancia no se toma una opción quirúrgica. El tumor cervical o cervicotorácico a < 5 cm de la unión cricofaríngea, debe tratarse con radioterapia y quimioterapia definitiva.

Etapa IV: Solo el uso de sintomáticos y tratamiento paliativo para la disfagia.
(17)

Caso clínico N.º 2.

La colecistitis aguda es la inflamación de la vesícula biliar cuya evolución es rápida, un diagnóstico precoz facilitará un tratamiento adecuado.

Epidemiología: Es la complicación más frecuente de la patología biliar. Hasta un 11% de pacientes que presentaban cálculos biliares desarrollaron colecistitis aguda. Es más frecuente en la población femenina (2:1) y en mayores de 40-50 años.

Factores de Riesgo: Mayores de 40 años, en población pediátrica suele ser rara, pero se ha visto en condiciones de hemólisis. (23) . Las mujeres son la población más afectada, el embarazo desarrolla cálculos de colesterol, por el aumento de este y la estasis del sistema digestivo en general. (24) Se forman cálculos hasta dos veces más en pacientes con antecedente familiar de colelitiasis que aquellos sin ese antecedente. (25) Entre otros factores tenemos a la obesidad, la pérdida de peso abrupta, la estasis biliar, el uso

de anticonceptivos orales y el consumo de fármacos como el octreotide, el clofibrato y la ceftriaxona. (26)

Signos y síntomas: Estepa Pérez et al. en el artículo "Caracterización clínico quirúrgica de la colecistitis aguda en pacientes tratados en el Servicio de Cirugía General" llevado a cabo en el hospital Hospital General Universitario, encontraron lo siguiente: Dolor abdominal (91,8 %), vómitos (51,3 %), taquicardia (40,5 %), fiebre (38,8 %), masa abdominal palpable (23,3%), dispepsia a grasas. (27)

Diagnóstico: La Guía de Tokio 2018 presenta los siguientes criterios:

Si hallamos positivos 1 ítem de A más 1 ítem de B estaremos ante una sospecha. El diagnóstico definitivo se dará si evidenciamos los signos de inflamación en los hallazgos ecográficos (Ítem C). (28)

- A. Signos locales de inflamación: Signo de Murphy o Masa/ dolor/ sensibilidad en cuadrante superior derecho.
- B. Signos sistémicos de inflamación: Fiebre o proteína C reactiva (PCR) elevada o elevación de leucocitos.
- C. Hallazgos de imagen: Ecografía de abdomen superior que evidencie engrosamiento de la pared > 4mm, distensión vesicular (Longitud >8cm, diámetro >4cm), imagen de doble halo, murphy ecográfico o gas en imagen.

Tratamiento: Los cuidados de apoyo a la espera del tratamiento definitivo son hidratación intravenosa, control del dolor mediante el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y opioides, antibioticoterapia intravenosa indicado en casos no complicados y en pacientes con diabetes o inmunosuprimidos y mantener al en ayunas.

Para el tratamiento debemos de establecer primero el grado de severidad presente en el paciente. En casos leves tenemos como opción a la colecistectomía temprana de emergencia. En los casos moderados nos guiaremos de la respuesta al manejo de soporte, si es favorable y presentan criterios de ASA≤II y/o CCI≤5 se optará por una colecistectomía temprana y en casos de ASA>II y/o CCI 6 la colecistectomía será diferida. Si falla el tratamiento de soporte se optará por una colecistectomía percutánea. (29)

Caso Clínico N° 3:

La colelitiasis es la presencia de cálculos en la vesícula biliar, más común en la población occidental. La mayoría de los pacientes son asintomáticos durante toda su vida.(30)

Epidemiología: La prevalencia de cólicos biliares aumenta con la edad, alcanzando una meseta después de los 50 y 60 años en mujeres y hombres respectivamente; alcanzando un 10 a 15%.

Factores de Riesgo: Las mujeres y la edad avanzada presentan mayor riesgo. Entre otros factores tenemos al embarazo, la obesidad, la pérdida rápida de peso, el uso de medicamentos como de fibratos, ceftriaxona, los análogos de la somatostatina, reemplazo hormonal, uso de anticonceptivos orales. Además a patologías como la *Diabetes mellitus*, cirrosis, enfermedad de Crohn, dislipidemias, hiperbilirrubinemia, lesiones medulares.(31)

Signos y síntomas: Dolor intenso y sordo en el cuadrante superior derecho, epigastrio o a veces en el área subesternal que puede o no irradiarse a espalda, específicamente al omóplato derecho que se desencadena posterior a ingesta de alimentos grasos. Además diaforesis, vómitos y náuseas.

Diagnóstico: Se suma de la clínica más la exploración física, sin fiebre, signo de Murphy negativo, y una ecografía de abdomen superior, donde se evidencia el lito o barro biliar, sumado a análisis de laboratorio.

Tratamiento: En el tratamiento del dolor agudo, se suele usar AINES (antiinflamatorios no esteroideos). En emergencia se suele usar ketorolaco, diclofenaco y ketoprofeno que alivia el dolor entre 10 a 30 minutos.(30)

Lo recomendable es la colecistectomía laparoscópica temprana. En el caso de pacientes con riesgo moderado de cálculos en el conducto biliar común, se recomiendan una colangiopancreatografía por resonancia magnética preoperatoria, la ecografía endoscópica preoperatoria, una colangiografía intraoperatoria o ecografía laparoscopia, según la disponibilidad.(32)

Caso Clínico N°4:

Es la infección relacionada a un procedimiento quirúrgico, dentro de los 30 días posteriores a dicha cirugía o 90 días post cirugía, si ésta incluye un implante.(33)

Epidemiología: Entre los pacientes quirúrgicos, las ISO a nivel nosocomial son más comunes y representan el 38% de todas las infecciones. Es la complicación más frecuente de la apendicetomía (30-35 %).(34)

Factores de Riesgo: Edad, estado nutricional, diabetes, fumador, obesidad, colonización de microorganismos, inmunidad alterada, duración de la estancia preoperatoria.

Según la operación: tiempo del lavado quirúrgico, limpieza de zona operatoria, afeitado preoperatorio, preparación de la piel preoperatoria , duración de la cirugía, ventilación de quirófano, profilaxis antimicrobiana, esterilización inadecuada de instrumentos, material extraño en el sitio quirúrgico, drenajes quirúrgicos, técnica quirúrgica (mala hemostasia, no se logró eliminar el espacio muerto, traumatismo tisular).

Signos y síntomas: el paciente puede presentar fiebre, sensibilidad en la zona, dolor, material purulento.

Diagnóstico: Se pueden evaluar directamente desde la observación de la ISO. El uso de la ecografía nos permite identificar la presencia de líquidos en los tejidos subcutáneos de manera rápida y económica. La tomografía computarizada o la resonancia magnética proporcionan una mejor evaluación de los tejidos blandos y subyacentes.

En el caso de heridas abiertas en la evaluación inicial, se puede obtener una muestra para un cultivo y así dar el mejor tratamiento.(33)

Tratamiento: Se basa en la terapia antibiótica agresiva, drenaje de la herida y desbridamiento de la herida si fuese necesario.

Entre las dosis de monoterapia los más usados eran: ampicilina- sulbactam, piperacilina-tazobactam, imipenem, meropenem, ertapenem.

Entre las terapias combinadas con una cefalosporina de tercera generación más cobertura anti anaeróbica: ceftriaxona, ciprofloxacina, levofloxacina + metronidazol; si existe riesgo de staphylococcus aureus resistente a la meticilina agregar vancomicina.(35)

3.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso Clínico N°1:

Es el tumor benigno más frecuente constituido por fibra muscular lisa con un estroma conjuntivo de cantidad variable.(36)

Epidemiología: Cuenta con una prevalencia del 20% al 40% en mayores de 30 años. Presente en aproximadamente el 25% de las pacientes en etapa de reproducción activa. Frecuente en la raza negra.(36)

Factores de Riesgo: Los antecedentes familiares aumenta 2.5 veces en familiares de primer grado y 5.7 veces cuando un familiar los presenta antes de los 45 años.(37) Entre otros factores tenemos a la menarquia antes de los 10 años de edad, aquellas que tuvieron contacto con el dietilestilbestrol en la vida intrauterina, la nuliparidad y el consumo de estrógenos y la progesterona.(38)

Signos y síntomas: El sangrado uterino (60%) puede ser abundante y afectar la calidad de vida, generando anemia severa que requiera hospitalización para reposición sanguínea. Además dolor pélvico en el 25%, de casos y dificultad para la concepción en el 15%.(39)

Diagnóstico: Además de la clínica tenemos los siguientes exámenes auxiliares:

- Ecografía: Presenta una sensibilidad del 85% en miomas mayores de 3cm. Aparecen como masas nodulares múltiples, hipocogénicas, bien definidas y homogéneas.(40)
- Histerosonografía: Ayuda a visualizar miomas submucosos y la cercanía de los intramurales hacia el endometrio.
- Tenemos además a la histeroscopia y la resonancia magnética nuclear:

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) clasificó a los miomas según su localización en el útero en submucosos (FIGO 0, 1, 2), intramurales (FIGO 3, 4, 5), subserosos (FIGO 6, 7), cervicales (FIGO 8).(39)

Tratamiento:

El tratamiento será guiado teniendo en consideración la situación, posición, tamaño, síntomas, contraindicaciones quirúrgicas, deseo de reproducción, edad de la paciente, entre otros.

- Tratamiento farmacológico: Alivian los síntomas, evitan las complicaciones quirúrgicas y permiten la conservación uterina. La primera línea de tratamiento es la combinación de estrógenos y progestinas. Entre los tratamientos propuestos tenemos al acetato de ulipristal, anticonceptivos orales (eficaces en dosis bajas para el control a corto plazo de la HUA), sistema intrauterino con progestina, etc.(39)
- Tratamiento quirúrgico: En pacientes que presenten anemia secundaria a hipermenorrea, mioma grande, síntomas compresivos de masa, dolor que limita a la paciente a realizar su día a día. En el caso de no deseo de concepción tendremos a la embolización de la arteria uterina y la histerectomía como tratamiento definitivo. En los casos de deseo de concepción si estamos frente a un mioma submucoso <3-5 cm la mejor opción será la miomectomía por histeroscopia; si el mioma es subseroso o intramural <5cm de tamaño o <3 miomas, miomectomía por laparoscopia; y si el mioma es intraligamentoso >5 cm o más de 5 miomas se recomienda una miomectomía por laparotomía.(39)

Caso Clínico N° 2:

La infección del tracto urinario (ITU), es una de las patologías identificadas con mayor frecuencia durante la gestación. Es importante su estudio ya que repercute en la salud materna y fetal. Se presenta de las siguientes maneras: bacteriuria asintomática, pielonefritis y cistitis.(41)

Las bacterias involucradas son *Escherichia coli* (76,7%), *Proteus mirabilis* (7,1%), *Enterobacter sp* (3,1%), *Staphylococcus saprophyticus* (2,7%) y *Enterococcus faecalis*.(41)

Epidemiología: La OMS reporta que el 45 a 60% de las gestantes llegan a presentar al menos 1 vez una ITU; sin embargo, solo el 25% hacen recurrencia durante la gestación. 30-50% de gestantes que presentan bacteriuria asintomática evolucionan a presentar síntomas. 2 a 4% de

gestantes llegan a presentar pielonefritis. Mayor incidencia durante el I y III trimestre. (42)

Factores de Riesgo: Antecedente de ITU antes de la gestación, estado socioeconómico bajo, diabetes *mellitus*, diabetes gestacional, vejiga neurógena, inmunodeficiencia, etc. (43)

Signos y síntomas: En los casos de cistitis tendremos a la urgencia urinaria, disuria, polaquiuria, tenesmo, dolor suprapúbico, piuria, etc. En pielonefritis: Dolor costo-vertebral unilateral o bilateral, piuria, fiebre, anorexia, náuseas y vómitos.

Diagnóstico: Para el diagnóstico será importante el examen físico y los exámenes auxiliares. Teniendo en cuenta de que la ITU en gestantes es un factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino, será importante evaluar dicha área en el examen físico. Dentro de las pruebas complementarias tenemos al hemograma completo, urea, creatinina, sedimento urinario, examen completo de orina, urocultivo, etc. La ecografía renal como examen complementario de imagen podrá orientarnos también al diagnóstico y sus complicaciones. (44)

Tratamiento:

- Bacteriuria asintomática: El manejo puede desarrollarse de manera ambulatoria y guiada por el urocultivo. El tratamiento farmacológico de elección será nitrofurantoína 50-100 mg c/6 hrs. durante 7 días. También se puede usar cefalexina 250-500 mg c/6hrs. por 7 días.
- Pielonefritis: Requiere hospitalización, aumentar la diuresis hasta 3L por día, manejo de la fiebre y el dolor y antibioticoterapia por hasta 14 días, siendo los 5 primeros días de manera parenteral, luego modificar la dosis según resultados de urocultivo previo a tratamiento la mejora clínica. (45)

Caso Clínico N°3:

El teratoma quístico es uno de los tumores benignos, siendo uno de los más comunes del ovario. Suelen medir menos de 10 cm, son unilaterales y asintomáticos, se encuentran comúnmente al lado derecho y si es bilateral, su incidencia baja a un 10%.(46)

Los teratomas quísticos maduros del ovario tienen su origen en las células germinales, producidos por una falla en la meiosis o de las células premeioticas. Suelen contener células de una o de las 3 capas germinales (endodermo, mesodermo y ectodermo).

Epidemiología: Son las neoplasias más frecuentes, con un 30% dentro de los tumores benignos de ovario.(47) Presente en mujeres en edad reproductiva en un 70% y en las mujeres postmenopáusicas un 20%.(46)

Los unilaterales son más frecuentes en edad reproductiva. En el caso de los bilaterales, tiene menor recurrencia en mujeres menores de 30 años, con una medida sobre los 8 cm de diámetro máximo. (48)

Factores de Riesgo: Antecedentes de quistes como: teratoma, endometrioma, absceso tubárico; tienen más riesgo de sufrir una ruptura del mismo. Hay casos de ruptura de quistes ováricos en pacientes con trombocitopenia o que recibieron terapia con anticoagulantes. (49)

Signos y síntomas: Dolor abdominal por torsión o rotura, agrandamiento abdominal por la masa misma, ascitis o ambos, síntomas de embarazo por la producción de hCG, pubertad precoz por producción de hCG, sangrado vaginal, fiebre, etc. (50)

Diagnóstico: Suelen ser casi imposibles de diagnosticar precozmente, sin importar el tamaño, se hallan casualmente en la exploración física o en ecografías rutinarias. En algunos casos coinciden con alguna clínica que nos haga sospechar, como el dolor abdominal subagudo, algún síntoma compresivo o crecimiento lento del abdomen. (51)

Tratamiento: En el caso de presentar quiste de teratoma madura, se sugiere una cistectomía ovárica para realizar un diagnóstico definitivo, evitar problemas de torsión, ruptura o desarrollo de tejidos malignos. Estos se pueden extirpar por Laparoscopia o laparotomía. Si la paciente ya no es fértil, la salpingooforectomía es otra opción. (50)

Caso Clínico N° 4:

El aborto incompleto indica que hay tejido del embarazo persistente en el utero despues de un diagnostico de perdida de embarazo.

La pérdida del embarazo involuntario de un embarazo intrauterino no viable hasta la semana 20 de gestación. Esta pérdida en el primer trimestre es la más común. (52)

Epidemiología: El 19% de las mujeres en el Perú entre los 18 a 49 años refiere haberse realizado un aborto. (53)

Factores de Riesgo: edad materna avanzada, abortos espontáneos previos, hábito tabáquico intenso, alcoholismo, cocaína, fiebre, cafeína >200 mg/día, enfermedad materna crónica, intervalo breve entre embarazos.

Signos y síntomas:

- Sangrado y calambres sin complicaciones: sangrado y calambres.
- Complicadas: Hemorragia, infección. (52)

Diagnóstico: se diagnostica con una ecografía donde se muestran restos dentro de la cavidad uterina.

Tratamiento: puede tratarse con misoprostol si es una paciente estable y sin contraindicaciones como alergias, embarazo ectópico, infección pélvica o inestabilidad hemodinámica. En el caso contrario debe procederse con la cirugía quirúrgica de legrado uterino. (54)

3.4 Rotación en Pediatría

Caso Clínico N°1:

El conducto arterioso persistente es una patología caracterizada por mantener después del nacimiento una conexión vascular entre la arteria aorta y la pulmonar principal. (55)

Epidemiología: Prevalencia mundial entre los bebés nacidos a término de 3 a 8 por cada 10000 nacidos vivos. Predominio en el sexo femenino 2:1.(55)

Factores de Riesgo: Prematuridad, bajo peso al nacer, antecedentes familiares y afecciones genéticas, infección con rubéola durante el embarazo, sexo femenino.(55)

Signos y síntomas: Las manifestaciones clínicas son directamente proporcionales al grado de derivación de izquierda a derecha según el flujo sistémico y pulmonar. Entre los signos y síntomas tenemos: Soplo de flujo

continuo en el área pulmonar, disnea, taquipnea, frémito en el II EIC. Diferencia entre presión arterial sistólica y diastólica > 25 mmHg o la presión arterial diastólica menor al 50% de la presión arterial sistólica. Distensión abdominal. Evidencia de hipoperfusión como oliguria, necesidad de medicación vasoactiva para tratar la hipotensión. Evidencia de insuficiencia respiratoria: Disnea, taquipnea. La clínica respiratoria será el reflejo del desarrollo del edema pulmonar acompañado de un hiperflujo en la arteria pulmonar.

Diagnóstico:

La clínica presentada nos orientará a una sospecha diagnóstica que podrá ser corroborada mediante el ecocardiograma, la cual combina imágenes bidimensionales con el flujo doppler. Será importante realizar el ecocardiograma en pacientes que presentan soplos o un deterioro respiratorio inexplicable. (55)

También puede ser de apoyo al diagnóstico la radiografía de tórax que puede evidenciar cardiomegalia, además de un hiperflujo pulmonar y edema pulmonar en consecuencia.

Tratamiento: La terapia farmacológica en pacientes sin contraindicaciones gastrointestinales, renales o hematológicas temprana se da con inhibidores de la ciclooxigenasa (COX) (p. ej., ibuprofeno, indometacina) y paracetamol. Para el manejo descongestivo se puede hacer uso de diuréticos como furosemida o clorotiazida.

También se tiene como opciones invasivas al cierre transcatéter en casos de que se presente un extremo pulmonar de la PCA menor a 3 mm. También tenemos la ligadura quirúrgica o la cirugía por toracotomía. (56)

Caso Clínico N° 2:

La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica caracterizada por la inflamación del apéndice vermiforme y formando la causa más frecuente de dolor abdominal en la población infantil. La fisiopatología resume un proceso de obstrucción que causa la elevación de la presión intraluminal, generando una estasis microbiana y vascular, generando el desarrollo de inflamación.

Epidemiología: De los niños evaluados por dolor abdominal 1 a 8% serán diagnosticados de apendicitis. Predominio en la población masculina de 1,4:1.

Factores de Riesgo: Edad de 15 a 30 años, sexo masculino, población caucásica, estación de verano. (57)

Signos y síntomas: Dolor abdominal 72 a 94%, fiebre 62 a 90%, vómitos 80 a 83%, anorexia 42 a 74%, dolor de rebote 81%, vigilancia 62 a 72%, sensibilidad difusa 56%, dolor localizado 38%, diastensión abdominal 35%, diarrea (frecuente, de bajo volumen, con o sin moco) 32 a 46%.

Diagnóstico: Se dará principalmente por la clínica; sin embargo, esta puede ser muy variada y caracterizarse por signos y síntomas no típicos.

La escala de Alvarado es un sistema de puntuación que presenta criterios clínicos y laboratoriales, otorgando 1 punto a la migraciones del dolor, anorexia, náuseas o vómitos, signo del rebote presente, fiebre y desviación a la izquierda de neutrófilos y 2 puntos al dolor presente en el cuadrante abdominal inferior derecho y leucocitosis. Si la suma de la puntuación es menor o igual a 4 la probabilidad de apendicitis aguda es baja, si la suma es 5 o 6 es una probabilidad consistente no suficiente para el diagnóstico, si tenemos 7 u 8 puntos la probabilidad es alta y una puntuación de 9 o 10 sugerirá certeza de apendicitis aguda.

La ecografía como exámen auxiliar de imagen se caracterizará por presentar un engrosamiento de pared, líquido libre periapendicular y la luz apendicular aumentado en diámetro. (58)

Tratamiento: Inicialmente se darán medidas de soporte, los cuales serán enfocados en una terapia de fluidos con solución salina o lactato de ringer, analgesia guiada por el grado del dolor del paciente y antibioticoterapia de amplio espectro que cubran la flora colónica como ceftriaxona y metronidazol o ciprofloxacino y metronidazol.

El tratamiento definitivo para la apendicitis no complicada será la apendicectomía abierta o laparoscópica, siendo la última el procedimiento con menor contaminación y de recuperación rápida. (59) Sin embargo, cada vez hay más literaturas que evidencian que ante un caso sin factores de riesgo a perforación se puede optar la terapia antibiótica.

Caso Clínico N° 3:

La diabetes mellitus tipo 1 es una de las enfermedades crónicas más comunes en la infancia, causada por una deficiencia de insulina tras la destrucción de las células beta pancreáticas productoras de insulina. Suelen presentarse con mayor frecuencia en la infancia, pero una cuarta parte de los casos son diagnosticados en adultos.

Epidemiología: La incidencia varía según el sexo, la edad, raza, geografía y antecedentes familiares. (60)

Según el boletín epidemiológico del Perú, en la semana epidemiológica 12 del 2024, sólo se registró el 1% de diabéticos tipo 1. (61)

Factores de Riesgo: Los factores genéticos y los ambientales contribuyen al riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 1.

Susceptibilidad genética:

- Sin antecedentes familiares: 0,4 por ciento.
- Descendencia de una madre afectada: 1 a 4 por ciento.
- Descendencia de un padre afectado: 3 a 8 por ciento.
- Descendencia con ambos padres afectados: se informa que llega a un 30 por ciento.
- Hermanos no gemelos del paciente afectado: 3 a 6 por ciento a los 20 años y 10 por ciento a los 60 años.
- Gemelo dicigótico – 8 por ciento.
- Gemelo monocigótico: 30 por ciento dentro de los 10 años del diagnóstico del primer gemelo y 65 por ciento de concordancia a la edad de 60 años.

Signos y síntomas: Polidipsia, poliuria, pérdida de peso y astenia. En casos de cetoacidosis diabética tenemos síntomas severos como alteración del estado de conciencia, dolor abdominal, polipnea, vómitos, náuseas y aliento a manzana.

Diagnóstico:

- Glucosa basal en ayunas ≥ 126 mg/dl.
- Glucemia plasmática aleatoria ≥ 200 mg/dL.

- Glucemia plasmática ≥ 200 mg/dl medida dos horas después de la ingesta de 75 gr de glucosa anhidra disuelta en agua, en una prueba de tolerancia a la glucosa oral.
- Hemoglobina glicosilada $\geq 6,5\%$, pero esto debe confirmarse con la medida de glucosa basal en ayunas ≥ 126 mg/dl.

Estos niños tienen menos posibilidad de tener exceso de peso corporal y suelen tener antecedentes recientes de pérdida de peso.

aproximadamente el 45% de los niños con diabetes tipo 1 debutan con la enfermedad antes de los 10 años de edad. (60)

Tratamiento:

- La nutricionista debe realizar un control individualizado considerando sus costumbres, religión, cultura, nivel socioeconómico y la disponibilidad de los alimentos.
- Mantener como meta terapéutica una hemoglobina glicosilada $< 7\%$, este dosaje debe realizarse cada 3 meses como máximo o cada 6 meses como mínimo si el paciente está controlado.
- Se debe educar para un automonitoreo de la glucosa capilar con un mínimo de 4 veces al día. El control pre y post prandial es importante para realizar el ajuste de las dosis de insulina rápida.

Los rangos de glucemia capilar normales son:

- Antes de las comidas: 8–130 mg/dl.
- Antes de dormir: 100 - 180 mg/dl.
- Dos horas luego de las comidas: 100 - 180 mg/dl.
- El uso de la insulina debe iniciar con una dosis diaria de entre 0.3-2 UI/kg/día, dependiendo del peso, de la paciente, su dieta y si realiza actividad física. Insulinas de acción prolongadas como la NPH y la glargina 100 UI/ml; y las insulinas de acción rápida como la Lispro UI/ml. (62)

Caso Clínico N° 4:

La leucemia es el cáncer más común en niños y adolescentes, el cual corresponde a $\frac{1}{3}$ de las neoplasias malignas infantiles. (63)

Epidemiología: En el Perú se diagnostican alrededor de 1900 casos nuevos de niños y adolescentes de entre 0 a 19 años. El diagnóstico precoz es importante, si se diagnostica a tiempo habría posibilidades de curarse de hasta un 80%, si se cumple todo el tratamiento. (64)

Factores de Riesgo: La mayoría de casos no tienen causa conocida, pero se ha asociado mayor incidencia con ciertos factores de riesgo ambientales o genéticos como por ejemplo: edad paterna avanzada, pérdida fetal materna, mayor peso al nacer. (65)

Entre otros factores de riesgo asociado a genes tenemos: Exposición prenatal a rayos X, tratamientos previos con quimioterapia, exposición posnatal a dosis altas de radiación, entre las genéticas tenemos: Síndrome de Down, Síndrome de Bloom, Neurofibromatosis, Anemia de Fanconi, Ataxia telangiectasia, Síndrome de Li-Fraumeni. (66)

Signos y síntomas: Escalofríos, disnea, mareos o aturdimiento, debilidad y cansancio extremo, fiebre, fatiga, infecciones frecuentes, sangrado gingival, sangrado nasal, dolor de huesos o articulaciones, distensión abdominal, hiporexia, pérdida de peso, tos, disnea, cefalea, convulsiones, vómito. (67)

Diagnóstico: Esta requiere una confirmación con una muestra de médula ósea con o sin análisis de sangre. El diagnóstico se basa en la microscopía y la inmunofenotipificación que revelan el linaje mielóide de los blastos, junto con el análisis citogenético y molecular. (68)

El diagnóstico también requiere la evaluación de blastos en la médula ósea, inmunofenotipo, análisis cromosómico como FISH (hibridación in situ con fluorescencia).

Tratamiento: Es intenso, complejo y prolongado.

- Terapia de inducción: administración de fármacos, efectos adversos, evaluación de la respuesta, resultados.
- Manejo del sistema nervioso central: profilaxis, tratamiento de la afectación del sistema nervioso central.
- Manejo posterior a la remisión.
- Terapia de consolidación: riesgo favorable, riesgo intermedio.
- Quimioterapia de consolidación Trasplante alogénico de células hemoterapia de mantenimiento. (63)

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

La carrera de medicina humana tiene diversas etapas que se complementan y anticipan entre ellas. Se cree que esta empieza desde el primer día de clase; sin embargo, el inicio se da desde el momento en que tomamos la decisión de estudiarla, ya que en esta etapa no contamos con los conocimientos necesarios para desarrollarla, pero si el valor necesario para generar un cambio en la salud de las personas que están a nuestro cargo.

Cerrando el ciclo de formación académica se tiene al internado médico, en el cual tuvimos a disposición la elección de nuestra sede hospitalaria. Desde el principio se tuvo la idea de elegir un hospital de alta complejidad por los retos que este implicaría y los grandes beneficios que este nos traería. Entre las características relevantes estaban la cercanía a nuestros hogares, una sola sede de rotación, diversidad de especialidades y de casos para un adecuado aprendizaje. El Hospital Nacional Arzobispo Loayza cumplía con estas expectativas por lo cual lo elegimos y al término quedamos satisfechas con la experiencia que pudo brindarnos.

Cada una de las rotaciones tuvo una duración de 2 meses, los suficientes para poner en práctica los conocimientos adquiridos en los 6 años previos al internado; a su vez, adquiriendo experiencia en el desarrollo del vínculo médico-paciente indispensable para la formación médica. Se sabe que los hospitales del MINSA presentan escasez de materiales y limitación en recursos auxiliares para el diagnóstico completo, no obstante, ello no fue limitante para nuestra formación.

Los días en el internado se caracterizaron por contar con visitas médicas guiadas por residentes y especialistas en las especialidades correspondientes que iniciaban aproximadamente a las 8am, en las cuales el interno asignado a dichas camas debía de presentar al paciente y proponer un plan, el cual mediante una discusión académica dirigida por los especialistas generaba un plan de trabajo definido.

CONCLUSIONES

- El internado médico es una etapa indispensable para todo estudiante de medicina por la enriquecedora experiencia a la que expone a este futuro médico, pues no sólo consolida conocimientos, sino también, forma en carácter y personalidad al mismo.
- En las rotaciones en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza incorporan al interno médico al equipo multidisciplinario encargado de guiar a un paciente en su enfermedad, haciéndolo partícipe desde el inicio del ingreso del paciente al hospital mediante la toma de datos para el registro adecuado de la historia clínica hasta el llenado del alta con la epicrisis correspondiente.
- La experiencia del internado en el Hospital Arzobispo Loayza nos ofreció grandes profesionales de los cuales pudimos adquirir conocimientos, llegar a ver casos que solo habíamos visto en textos. Sumado a eso, nos dio todas las herramientas para crecer como futuros profesionales de la salud, siendo más empáticas, aprender a trabajar en equipo, y conocer la realidad de nuestro país más de cerca.
- Una de las estrategias mejor aplicadas para llevar el internado médico es el haber implementado la rotación del primer nivel de atención, puesto que nos permitió empaparnos del manejo de lo que en un futuro haremos en el SERUM, en nuestro caso la jurisdicción del Centro de Salud de Breña.
- Durante el internado afrontaremos muchas situaciones tanto con nuestros pacientes, como con el personal de salud y coinernos, el cual nos ayuda a reforzar y mejorar nuestras habilidades blandas.

- Fue muy importante haber recibido charlas académicas en algunas rotaciones dentro del hospital Loayza, ya que estas ayudaron a fijar conocimientos y mejorar el criterio para el manejo de los pacientes.

RECOMENDACIONES

1. Que pronto se restablezca la duración del internado médico a 1 año completo en hospital, y en centro de salud podríamos aumentar 2 meses mas.
2. Que se programen más prácticas de cómo hacer una buena historia clínica, ya que de eso dependen plantear buenos diagnósticos.
3. Que se dicten algunas clases de gestión administrativa que se necesitan tanto en MINSA como en Essalud, ya que eso acortaría los tiempos en los procesos.
4. Mejorar las administraciones hospitalarias, para el ingreso de recursos tanto en materiales como de profesionales, y mejorar la calidad en la atención.
5. Se debe de dar el mismo nivel de importancia a los seminarios como a la práctica hospitalaria, ya que en estos se hace una discusión clínica de pacientes; en estas se pule el criterio que todo futuro médico debe tener para el manejo de estos.
6. El internado médico debería permitirnos rotar por especialidades médicas, como Cardiología, Urología, Traumatología, Gastroenterología, Endocrinología y Otorrinolaringología, para así empaparnos de más casos y el manejo de los mismos.
7. Es de suma importancia que haya apoyo de salud mental brindada por la institución donde rotamos o por la universidad, ya que no todos manejamos las dificultades del mismo modo.
8. Deberíamos contar con asesores permanentes por parte de la universidad no solo para tesis, también para el trabajo de suficiencia

profesional, ya que solo recibimos ayuda del asesor directo que es docente de la institución donde rotamos y de nuestra universidad.

9. Podríamos recibir más actividades académicas en los centros de salud, ya que solo nos dedicamos a aprender papeleo y estrategias, no en el manejo de los pacientes que llegan al primer nivel de atención.
10. Los seminarios que brinda nuestra universidad, tendrían que ser más continuos para abarcar más temas según la rotación.
11. La parte académica dentro de la rotación de ginecología en el hospital Loayza, sugeriría mejorarla, ya que como internos, los asistentes no nos toman mucha importancia, por lo que no se aprende mucho, a menos que un residente te explique. Creemos que las charlas del medio día, no bastan, es importante la discusión en el pase de visita.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Cuartas-Agudelo Yuban Sebastian, Martínez-Sánchez Lina María. Aspectos clínicos y etiológicos de la hemorragia digestiva alta y sus escalas de evaluación. *Médicas UIS* [Internet]. 2020 Dec [cited 2024 Aug 29] ; Available [tp://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192020000300001&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192020000300001&lng=en). Epub Oct 30, 2020. <https://doi.org/10.18273/revmed.v33n3-2020001>.
2. Arribas R.. Endoscopia digestiva alta. *Rev. esp. enferm. dig.* [Internet]. 2008 Jul [citado 2024 Ago 30] ; 100(7): 437-437. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082008000700012&lng=es
3. García-Iglesias P, Botargues J-M, Feu Caballé F, Villanueva Sánchez C, Calvet Calvo X, Brullet Benedi E, et al. Manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa: documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia. *Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2017;40(5):363–74. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.11.009>
4. Gutiérrez Muñoz Fernando R.. Insuficiencia respiratoria aguda. *Acta méd. peruana* [Internet]. 2010 Oct [citado 2024 Ago 28] ; 27(4): 286-297. Disponible en:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172010000400013&lng=es.
5. Salvi S, Apte K, Madas S, Barne M, Chhowala S, Sethi T, et al. Symptoms and medical conditions in 204 912 patients visiting primary health-care practitioners in India: a 1-day point prevalence study (the POSEIDON study). *Lancet Glob Health* 2015;3(12):e776-84.
6. Pírez Catalina, Peluffo Gabriel, Giachetto Gustavo, Menchaca Amanda, Pérez Walter, Machado Karina et al . Oxigenoterapia. *Arch. Pediatr. Urug.* [Internet]. 2020 Dic [citado 2024 Ago 29] ; 91(Supl 1): 26-28. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-

12492020000700026&Ing=es. Epub 01-Dic-2020.
<https://doi.org/10.31134/ap.91.s1.1>

7. De la Paz García de la Osa Mercedes, Rodríguez-Ojea Menéndez Arturo Pedro, Pino Alfonso Pedro Pablo. Oxigenoterapia en medio hospitalario. Rev cubana med [Internet]. 2002 Abr [citado 2024 Ago 29] ; 41(2): 93-97. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232002000200005&Ing=es.
8. Arias-Rodríguez Fabián Darío, Jiménez-Valdiviezo Milton Andrés, del Cisne-Ríos-Criollo Katherine, Murillo-Araujo Gabriela Patricia, Toapanta-Allauca David Santiago, Rubio-Laverde Katherin Andrea et al . Pie diabético. Actualización en diagnóstico y tratamiento. Revisión bibliográfica. Angiología [Internet]. 2023 Ago [citado 2024 Jun 29] ; 75(4): 242-258. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0003-31702023000400006&Ing=es. Epub 27-Nov-2023. <https://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00474>.
9. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Título: Boletín epidemiológico del Perú; Lugar de publicación: Lima, Perú; Editor: Ministerio del Peru; Fecha de publicación: Marzo 2024. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202412_29_153641.pdf
10. Dra. Amy C. Weintrob, Título Infección del pie diabético, incluida la osteomielitis: manifestaciones clínicas y diagnóstico. Lugar de publicación: UpToDate, Fecha de publicación: 2 de julio de 2024. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/diabetic-foot-infection-including-osteomyelitis-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=pie%20diabetico%20tratamiento&source=search_result&selectedTitle=3%7E73&usage_type=default&display_rank=3#H4
11. Montesdeoca M.^a del Pino. Clasificaciones de lesiones en pie diabético: Un problema no resuelto. Gerokomos [Internet]. 2012 Jun [citado 2024 Ago 25] ; 23(2): 75-87. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000200006&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000200006>.

12. David G Armstrong, Dr. Richard J. Título: Tratamiento de las úlceras del pie diabético. Lugar de publicación: UpToDate; Editor: Dra. Kathryn A Collins; Fecha de publicación: 29 de enero de 2024. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-diabetic-foot-ulcers?search=pie%20diabetico%20tratamiento&source=search_result&selectedTitle=1%7E73&usage_type=default&display_rank=1
13. Maguiña Vargas Ciro. El brote de dengue en Perú: Análisis y perspectivas. Acta méd. Peru [Internet]. 2023 Abr [citado 2024 Jul 10]; 40(2): 87-90. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172023000200087&lng=es. Epub 30-Jun-2023. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172023000200087
14. Stephen J. ThomasDr. Alan L. Rothman. Título: Infección por el virus del dengue: epidemiología. Lugar de publicación UpToDate Editor: Dr. Martin S. Hirsch; Fecha de publicación: Julio 2024. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/dengue-virus-infection-epidemiology?search=dengue&source=search_result&selectedTitle=4%7E109&usage_type=default&display_rank=4#H8
15. Stephen J. ThomasDr. Alan L. RothmanDr. Anónimo SrikiatkachornDra. Siripen Kalayanarooj. Título: Infección por el virus del dengue: manifestaciones clínicas y diagnóstico. Lugar de publicación:UpToDate Editor: Dr. Martin S. Hirsch; Fecha de publicación: julio de 2024. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/dengue-virus-infection-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=dengue&source=search_result&selectedTitle=1%7E109&usage_type=default&display_rank=1#H18
16. Stephen J. ThomasDr. Alan L. RothmanDr. Anónimo SrikiatkachornDra. Siripen Kalayanarooj. Título: Infección por el virus del dengue: prevención y tratamiento. Lugar de publicación: UpToDate Editor: Dr.

Martin S. Hirsch; Fecha de publicación Julio de 2024. Disponible en:
https://www.uptodate.com/contents/dengue-virus-infection-prevention-and-treatment?search=dengue&source=search_result&selectedTitle=2%7E109&usage_type=default&display_rank=2#H7

17. Suárez Rodríguez José Antonio, Nazario Dolz Ana María, Romero García Lázaro Ibrahim, Falcón Vilariño Gilberto Carlos, Rivero Reyes Grethel Odalys. Algunas consideraciones en torno al cáncer de esófago. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2022 Sep [citado 2024 Jun 29]; 51(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572022000300031&lng=es. Epub 01-Sep-2022.
18. International Agency for Research on Cancerr. Oesophagus. Source: Globocan 2020. Ginebra: WHO; 2020. [acceso: 10/11/2021]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/6-Oesophagus-fact-sheet.pdf>
19. Goense L, van Dijk WA, Govaert JA, van Rossum PS, Ruurda JP, van Hillegersberg R. Hospital costs of complications after esophagectomy for cancer. Eur J Surg Oncol. 2017[acceso: 06/04/2020]; 43(4): 696-702. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0748798316310071.pdf?locale=es_ES&searchIndex=
20. Koury LK, Hernández CR, López VD. Complicaciones de Esofagectomías. Rev Venez Oncol. 2017 [acceso: 06/04/2021]; 29(4): 252-9. Disponible en: http://www.oncologia.org.ve/site/upload/revista/pdf/rvo_2017_4.pdf#page=29
21. Cintra Brooks S, Cintra Pérez A, Cintra Pérez S. Adenocarcinoma de la unión esofagogastrica con supervivencia postquirúrgica de 26 años. Presentación de caso. RIC [Internet]. 2015 [citado 15 Mar 2015]; 90(2):[aprox. 18 p.]. Disponible en: http://www.gtm.sld.cu/imagen/RIC/Vol_90_No.2/adenocarcinoma_de_union_esofagogastrica_con_supervivenc

22. Navas Silva DJ. Comportamiento clínico epidemiológico del cáncer de esófago en el Hospital Provincial Docente Ambato período junio - noviembre del año 2016 [Tesis en opción al título de médico cirujano]. Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2017. [acceso: 06/04/2020]. Disponible en: Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/6318/1/PIUAMEDO54-2017.pdf>
23. Bravo MT, Martínez AA. Enfermedad litiásica biliar. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2012 Apr 1; 11(8): 481-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3900840>
24. Hita MG, Ramírez BE, Cerda AP. Factores de riesgo en la génesis de la Litiasis Vesicular. *Investigación en salud*. 2005; 7(s1): 71-8. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/142/14220648003.pdf>
25. Chavez-Rivaldi Cristhian, Brizuela-Bogado Javier David, Acosta-Fernández Rafael. Características clínicas y quirúrgicas de la colecistitis aguda en pacientes con diabetes mellitus tipo II en la Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica - Sala X del Hospital de Clínicas de San Lorenzo entre los años 2015 y 2021. *Cir. parag.* [Internet]. 2022 Apr [cited 2024 July 01] ; 46(1): 11-15. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202022000100011&lng=en.
<https://doi.org/10.18004/sopaci.2022.abril.11>.
26. Zhang YP, Li WQ, Sun YL, Zhu RT, Wang WJ. Systematic review with meta-analysis: coffee consumption and the risk of gallstone disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2015 Sep;42(6):637-48. Epub 2015 Jul 22. doi: 10.1111/apt.13328. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26198295/>
27. Estepa Pérez Jorge Luis, Santana Pedraza Tahiluma, Estepa Ramos Jorge Luis, Feliú Rosa José Antonio. Caracterización clínico quirúrgica de la colecistitis aguda en pacientes tratados en el Servicio de Cirugía General. Cienfuegos, 2017- 2019. *Medisur* [Internet]. 2023 Abr [citado 2024 Jul 23] Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2023000200400&lng=es. Epub 30-Abr-2023.

28. Ramos Loza Coral Marina, Mendoza Lopez Videla Josep Nilss, Ponce Morales Javier Alejandro. aplicación de la guía de tokio en colecistitis aguda litiásica. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2018 [citado 2024 Sep 05]; 24(1): 19-26. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582018000100004&lng=es.
29. Guzmán Calderón Edson, Carrera-Acosta Lourdes, Aranzabal Durand Susana, Espinoza Rivera Saúl, Trujillo Loli Yeray, Cruzalegui Gómez Ricardo et al . Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la coledocolitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis en el Seguro Social del Perú (EsSalud). Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2022 Ene [citado 2024 Jul 01] Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292022000100058&lng=es. Epub 01-Jul-2022. <http://dx.doi.org/10.47892/rgp.2022.421.1379>.
30. Dr. Salam F Zakko, Dr. Nezam H Afdhal. Título: Abordaje del manejo de los cálculos biliares. Lugar de publicación: UpToDate; Editor: Dra. Karen Law; Fecha de publicación: mayo de 2024. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of-gallstones?search=colecistitis&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2
31. Nezam H Afdhal, Dr. Salam F Zakko; Título: Cálculos biliares: epidemiología, factores de riesgo y prevención. Lugar de publicación: UpToDate; Editor: Dra. Karen Law; Fecha de publicación: septiembre de 2022. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/gallstones-epidemiology-risk-factors-and-prevention?search=colecistitis&source=search_result&selectedTitle=5%7E150&usage_type=default&display_rank=4#H3352739023
32. Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de Colecistitis aguda. Lugar de publicación: Minsa; Editor: M.C. Garcia Ortega Freddy; Fecha de publicación: Lima 2023; Disponible en:

<https://hnseb.gob.pe/repositorio-principal/resoluciones-directorales/2023/RD2023-150.pdf>

33. Dra. Heather L. Evans. Título: Descripción general de la evaluación y el tratamiento de la infección del sitio quirúrgico . Lugar de publicación: UpToDate; Fecha de publicación: enero de 2024. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-evaluation-and-management-of-surgical-site-infection?search=infeccion%20del%20sitio%20operatorio%20&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H2407641483
34. Dr. Deverick J. Anderson, máster en salud públicaDr. Daniel J. Sexton. Título: Resumen de las medidas de control para la prevención de la infección del sitio quirúrgico en adultos. Lugar de publicación: UpToDate; Editor: Dra. Keri K Hall, Máster en MedicinaDra. Kathryn A Collins; Fecha de publicación: febrero 2024; Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-control-measures-for-prevention-of-surgical-site-infection-in-adults?search=infeccion+del+sitio+operatorio+superficial&source=search_result&selectedTitle=3%7E150&usage_type=default&display_rank=3
35. Dra. Anne T. MancinoTahaniyat Lalani. Título: Infección de la herida después de la reparación de una hernia de la pared abdominal. Lugar de publicación: UpToDate; Editor: Dr. Wenliang Chen; Fecha de publicación: mayo de 2024. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/wound-infection-following-repair-of-abdominal-wall-hernia?search=infeccion%20del%20sitio%20operatorio%20&source=search_result&selectedTitle=5%7E150&usage_type=default&display_rank=5#H4284549
36. Mata MI, Jaramillo SP, Mata EL, Martínez td. frecuencia de miomatosis uterina en pacientes de consulta externa. hospital universitario central tipo iv "dr. antonio maría pineda". barquisimeto, estado lara. rfm [Internet]. 2005 Jun [citado 2024 Jul 28] ; 28(2): 114-119. Disponible en:

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692005000200002&lng=es.

37. Wise LA, Laughlin-Tommaso SK. Epidemiology of Uterine Fibroids: From Menarche to Menopause. *Clin Obstet Gynecol*. 2016 Mar;59(1):2-24. doi: 10.1097/GRF.0000000000000164. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26744813/>
38. Kim JJ, Sefton EC. The role of progesterone signaling in the pathogenesis of uterine leiomyoma. *Mol Cell Endocrinol*. 2012 Jul 25;358(2):223-31. doi: 10.1016/j.mce.2011.05.044. Epub 2011 Jun 6. PMID: 21672608; PMCID: PMC3184215. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21672608/>
39. Hernández-Valencia M, Valerio-Castro E, Tercero-Valdez-Zúñiga CL, Barrón-Vallejo J, Luna-Rojas RM. Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. *Ginecol. obstet. Méx.* [revista en la Internet]. 2017 [citado 2024 Jul 28] ; 85(9): 611-633. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000900611&lng=es.
40. Ramírez Fajardo Katia, Torres Alfes Grisell, Frutos Ramírez Yuleydis K. Diagnóstico ecográfico de mioma uterino en mujeres con síntomas ginecológicos. *MEDISAN* [Internet]. 2012 Sep [citado 2024 Jul 28] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000900003&lng=es.
41. Cobas Planchez Lodixi, Navarro García Yaimé Emelda, Mezquia de Pedro Natascha. Gestantes con infección urinaria pertenecientes a un área de salud del municipio Guanabacoa, La Habana. *Rev. Med. Electrón.* [Internet]. 2021 Feb [citado 2024 Jul 30] ; 43(1): 2748-2758. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242021000102748&lng=es. Epub 28-Feb-2021.
42. Abanto-Bojorquez Dan, Soto-Tarazona Alonso. Infección del tracto urinario y amenaza de parto pretérmino en gestantes adolescentes de un hospital Peruano. *Rev. Fac. Med. Hum.* [Internet]. 2020 Jul [citado

- 2024 Ago 25] ; 20(3): 419-424. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312020000300419&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i3.3056>.
43. Borja-Suárez María Alejandra, Campos-Casarrubia Irina Maudith, Ramos-Lafont Claudia Patricia. Factores de riesgo social relacionados con las infecciones de vías urinarias en mujeres embarazadas, Montería-Colombia. *Enferm. glob.* [Internet]. 2023 [citado 2024 Sep 05] ; 22(72): 250-271. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412023000400009&lng=es. Epub 04-Dic-2023.
<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.562711>.
44. Marina de Cueto. Diagnóstico microbiológico de la infección del tracto urinario. Sevilla. España; diciembre 2020 [revisado el 07 de agosto del 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-diagnostico-microbiologico-infeccion-del-tracto-13091443#:~:text=El%20diagn%C3%B3stico%20definitivo%20de%20la,bacteriuria%20significativa%2C%20indicativa%20de%20ITU>.
45. Nemirovsky Corina, López Furst María José, Pryluka Daniel, De Vedia Lautaro, Scapellato Pablo, Colque Angel et al . Consenso Argentino intersociedades de Infección Urinaria 2018-2019 - Parte I. *Medicina* (B. Aires) [Internet]. 2020 Jun [citado 2024 Sep 05] ; 80(3): 229-240. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802020000400006&lng=es
46. Bonachea Peña RR, José Maria Bráz FD, Hernández Veitía Y, Diago Guerrero MJ. Teratoma quístico maduro de ovario. *Rev Cubana Med Milit* [Internet]. 2023 [citado 3 Ago 2024];52(2). Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2403>
47. García-Verdugo M, Quevedo-Castro E, Morgan-Ortiz F, Conde-Romero J, López-Manjarrez G, Báez-Barraza J. Manejo quirúrgico conservador del teratoma quístico maduro y riesgo de recurrencia Conservative

- surgical management of mature cystic teratoma and risk of recurrence. REVMEUAS [Internet]. Available from: <https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v10/n3/teratoma.pdf>
48. Peña RRB, Do Rosario José Maria Bráz F, Veitía YH, Guerrero MJD. Teratoma quístico maduro de ovario. Rev Cuba Med Mil [Internet]. 2023 [cited 2024 Aug 1];52(2):02302403. Available from: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2403/1850>
 49. Howard T. Sharp Título Evaluación y manejo del quiste ovárico roto. Lugar de publicación: UnToDate Editor: Dra. Alana Chakrabarti; Fecha de publicación: junio de 2024. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-management-of-ruptured-ovarian-cyst?search=factores%20de%20riesgo%20de%20quiste%20teratoma&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H1089116575
 50. David M. Gershenson. Título: Tumores de células germinales del ovario: patología, epidemiología, manifestaciones clínicas y diagnóstico. Lugar de publicación: UnToDate Editor: Dra. Alana Chakrabarti; Fecha de publicación: junio de 2022. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/ovarian-germ-cell-tumors-pathology-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=factores%20de%20riesgo%20de%20teratoma&source=search_result&selectedTitle=1%7E99&usage_type=default&display_rank=1#H8
 51. Corrales Hernández Yarisdey, Ayala Reina Zuria. Teratoma de ovario. Presentación de un caso. Medisur [Internet]. 2012 Abr [citado 2024 Ago 04] ; 10(2): 144-150. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000200011&lng=es.
 52. Dra. Sarah Prager, Dra. Elizabeth Micks, Dra. Vanessa K Dalton. Título: Pérdida del embarazo: terminología, factores de riesgo y etiología. Lugar de publicación: UpToDate; Editor: Dra. Kristen Eckler; Fecha de publicación: enero de 2024. Disponible en:

https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-loss-miscarriage-terminology-risk-factors-and-etiology?search=ABORTO%20INCOMPLETO%20&source=search_result&selectedTitle=2%7E25&usage_type=default&display_rank=2#H192728663

53. Técnica TY. El aborto en cifras: Encuesta a mujeres en el Perú [Internet]. Promsex.org. [cited 2024 Aug 29]. Available from: <https://promsex.org/wp-content/uploads/2019/02/EncuestaAbortoDiptico.pdf>
54. K. Joseph Hurt. Título Ginecología y obstetricia de bolsillo, 4ta edición. Lugar de publicación: USA Editor: Wolkers Kluner; Fecha de publicación 2019.
55. Dr. Joseph B. Philips III, Dr. Samuel Gentle. Título: Conducto arterioso persistente (CAP) en prematuros: características clínicas y diagnóstico. Lugar de publicación: UpToDate; Editor: Dra. Niloufar Tehrani; Fecha de publicación: agosto de 2024. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/patent-ductus-arteriosus-pda-in-preterm-infants-clinical-features-and-diagnosis?search=persistencia+del+conducto+arterioso+persistente&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4#H3529204169
56. Julio R Erdmenger Orellana. Guías para el manejo clínico de las cardiopatías congénitas más frecuentes. México; Febrero del 2020 [revisado el 10 de agosto]. Disponible en: http://himfg.com.mx/descargas/documentos/planeacion/guiasclinicasHIM/Guas_Cardiologia.pdf
57. Salazar Porras D, Aguilar Hernández LM, González Alfaro FJ. Ictericia neonatal: manifestación clínica frecuente en pediatría. Rev Medica Sinerg. 2023;8(8):e1085. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/1085>
58. Woods C. UpToDate. 2024 [cited 2024 Aug 22]. Croup: Management. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/croupmanagement?search=crup%2>

Oviral%20tratamiento&source=search_res
ult&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H7

59. Mary L Brandt, doctora en div. Mónica Esperanza López, MD, MS. Apendicitis aguda en niños: tratamiento. Joshua Nagler. ;7 de mayo de 2024. [revisado; 25 de agosto del 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-children-management?search=apendicitis%20en%20ni%C3%B1os&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H3
60. Dra. Lynne L. Levitsky Dra. Madhusmita Misra Título Epidemiología, presentación y diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 1 en niños y adolescentes. Lugar de publicación: UpToDate Editor: Jessica Kremen; Fecha de publicación: julio de 2024. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-presentation-and-diagnosis-of-type-1-diabetes-mellitus-in-children-and-adolescents?search=diabetes%20tipo%201&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H2
61. Ministerio de salud. Título: Boletín Epidemiológico del Perú. Lugar de publicación: Perú; Fecha de publicación: marzo 2024. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202412_29_153641.pdf
62. MINSA. Título Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1 en niños, adolescentes y adultos, Editor: MINSA; Fecha de publicación 2024. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/RM-115-2024-MINSA.pdf>
63. Dra. Katherine Tarlock Todd M Cooper. Título: Leucemia mieloide aguda: niños y adolescentes. Lugar de publicación: UpToDate; Editor: Dr. Alan G. Rosmarin; Fecha de publicación: febrero de 2024. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-myeloid-leukemia-children-and-adolescents?search=leucemia%20en%20ni%C3%B1os%20&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2#H449859826

64. Cáncer infantil: diagnóstico y tratamiento oportuno son primordiales para mejorar las probabilidades de curación [Internet]. Gob.pe. [cited 2024 Aug 28]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/906657-cancer-infantil-diagnostico-y-tratamiento-oportuno-son-primordiales-para-mejorar-las-probabilidades-de-curacion>
65. Dra. Terzah M. HortonDr. Jon C Aster. Título: Descripción general de la presentación clínica y el diagnóstico de la leucemia/linfoma linfoblástico agudo en niños. Lugar de publicación: UpToDate; Editor: Dr. Alan G. Rosmarin; Fecha de publicación: junio de 2022. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-clinical-presentation-and-diagnosis-of-acute-lymphoblastic-leukemia-lymphoma-in-children?search=leucemia%20en%20ni%C3%B1os%20&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H1172758288
66. Tratamiento de la leucemia linfoblástica aguda infantil (PDQ®) [Internet]. Cancer.gov. 2024 [cited 2024 Aug 29]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/leucemia/pro/tratamiento-lla-infantil-pdq>
67. Signos y síntomas de la leucemia en niños [Internet]. Cancer.org. [cited 2024 Aug 28]. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/leucemia-en-ninos/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/senales-y-sintomas.html>
68. Dr. Charles A. SchifferSandeep Gurbuxani. Título: Leucemia mieloide aguda: clasificación. Lugar de publicación: UpToDate; Editor: Dr. Alan G. Rosmarin; Fecha de publicación: diciembre de 2023; Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-myeloid-leukemia-classification?search=leucemia%20en%20ni%C3%B1os%20&source=search_result&selectedTitle=3%7E150&usage_type=default&display_rank=3#H2499765659