

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MEDICO EN EL HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA 2024-2025

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR
EL TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR
CARLOS MANUEL ASALDE CACHI

ASESORA

ROCÍO DEL PILAR ANICAMA ELIAS

LIMA – PERÚ

2025



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 EN EL INTERNADO MEDICO EN EL HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA 2024-2025**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR POR EL TITULO PROFESIONAL DE MEDICO
CIRUJANO**

PRESENTADO POR:

CARLOS MANUEL ASALDE CACHI

ASESORA:

DRA. ROCÍO DEL PILAR ANICAMA ELIAS

LIMA -PERÚ

2025

JURADO EVALUADOR

PRESIDENTE

DRA. EMMA MERCEDES HUAMANI DE LA CRUZ.

MIEMBROS

DR. JEFFREE TOVAR ROCA.

DR. SANDRO YANICK CANO GAMARRA.

DEDICATORIA

Para mi familia que me han demostrado su apoyo incondicional en todo momento dándome consejos y alentándome, a pesar de las diversas dificultades, a seguir con mis metas y sueños.

A los residentes y médicos asistentes por darnos bases sólidas de los diversos temas a tratar en los pacientes, que a través de la exigencia, paciencia y empatía lograron inculcar en mí un trato de calidad al paciente.

A cada paciente por darnos la confianza de tratarlos con el respeto que se merecen enseñándonos a nunca debemos de perder el trato humano que nos caracteriza como médicos.

AGRADECIMIENTOS

A todos los Asistentes de las diferentes especialidades por su tiempo y paciencia para enseñarnos durante las visitas.

A los residentes de cada especialización por brindarnos su apoyo y conocimientos con los diferentes pacientes.

INDICE

JURADO	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCION.....	x
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL.....	1
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	2
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	3
CAPITULO IV. REFLEXION CRITICA DE LA EXPERIENCIA	35
CONCLUSIONES.....	36
RECOMENDACIONES	37
FUENTES DE INFORMACION	38
ANEXOS	

RESUMEN

Objetivo:

Demostrar lo aprendido en las clases de pregrado y aplicarlo en el internado, con diversas patologías , empleando exámenes auxiliares para llegar a un diagnóstico adecuado y oportuno .Analizar las principales enfermedades identificadas en las 4 rotaciones del internado medico en el HRDC mediante la presentación de casos clínicos , señalando las fortalezas y debilidades que se presentan para llegar a un diagnóstico adecuado buscando disminuir la morbimortalidad , demostrar mediante este trabajo la capacidad de poder resolver y afrontar diversas enfermedades y prepararme para el SERUMS sin perjudicar la integridad del paciente.

Materiales y métodos:

Se emplearon 8 casos clínicos, 2 casos clínicos por las 4 rotaciones (cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría y Medicina interna) cursados en el HRDC. El método es un estudio descriptivo de cada caso clínico.

Resultados:

La consolidación de los conocimientos adquiridos durante el internado médico para obtener como resultado un diagnóstico efectivo para así dar un tratamiento de calidad y de empatía a los pacientes.

Conclusión:

Este trabajo expresa la adquisición de conocimientos para aplicarlos en las siguientes etapas de la carrera. Capacitado para resolver las diversas patologías que se presentan día a día en el hospital siempre con aquel trato humano que nos caracteriza como personal de salud.

Palabras claves: Internado médico, paciente, acto médico.

ABSTRACT

Objective:

Demonstrate what was learned in undergraduate classes and apply it in boarding school, with various pathologies, using auxiliary tests to reach an adequate and timely diagnosis. Analyze the main diseases identified in the 4 rotations of the medical internship at the HRDC through the presentation of cases. clinicians, pointing out the strengths and weaknesses that are presented to reach an adequate diagnosis seeking to reduce morbidity and mortality, demonstrate through this work the ability to resolve and face various diseases and prepare for the SERUMS without harming the patient's integrity.

Materials and methods:

With a total of 8 clinical cases, 2 clinical cases for the 4 rotations (general surgery, gynecology and obstetrics, pediatrics and internal medicine) taken at HRDC, highlighting the most common diseases in each area.

Results:

The consolidation of the knowledge acquired during the medical internship to obtain an effective diagnosis in order to provide quality treatment and empathy to patients.

Conclusion:

To be able to acquire knowledge and to be able to consolidate it through practice in our patients in order to be able to acquire experience and new ways of solving the various pathologies that occur day by day at the hospital, always with that humane treatment that characterizes us as health personnel.

Keywords: Medical intern, patient, medical act.

CARLOS MANUEL ASALDE CACHI

EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MEDICO EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA 2024-2025

-  My Files
-  My Files
-  Universidad de San Martín de Porres

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::29427:424292544

Fecha de entrega

28 ene 2025, 8:54 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

28 ene 2025, 9:00 a.m. GMT-5

Nombre de archivo

TP ASALDE.doc.docx

Tamaño de archivo

218.4 KB

49 Páginas

9,352 Palabras

53,559 Caracteres



Dra. Rocio Anicama Elias
CIRUJANO PEDIATRA
CMP. 34590 RNE. 17373



Dra. Rocio Anicama Elias
CIRUJANO PEDIATRA
CMP. 34590 RNE. 17373

NOMBRE: ROCIO ANICAMA ELIAS

DNI: 21480855

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6516-125X>




10% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)
- ▶ Trabajos entregados

Fuentes principales

- 10%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)


Dra. Rocio Anicama Elias
CIRUJANO PEDIATRA
CMP. 34590 RNE. 17373

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.


Dra. Rocio Anicama Elias
CIRUJANO PEDIATRA
CMP. 34590 RNE. 17373


Dra. Rocio Anicama Elias
CIRUJANO PEDIATRA
CMP. 34590 RNE. 17373

NOMBRE: ROCIO ANICAMA ELIAS

DNI: 21480855

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6516-125X>

INTRODUCCION

Las prácticas profesionales en el 7mo año de la carrera de medicina humana se llaman internado medico la cual consiste en poder aplicar de manera correcta lo aprendido durante los años de estudio de formación médica ,mediante la enseñanza constante del cuerpo de salud intrahospitalario en diferentes puestos de salud ya sean MINSA , ESSALUD e instituciones privadas ; permitiéndonos de esta manera desarrollar nuevos conocimientos mediante la práctica y asi poder dar una mejor calidad de vida al paciente mediante un trato medico empático y responsable , llegando también a conocer de esta forma la realidad de la salud pública de nuestro país .

La medicina humana es una carrera que permite tratar y prevenir las enfermedades de los seres humanos aplicando la ciencia y la tecnología para obtener un correcto diagnóstico, gracias al nivel alto de conocimientos obtenidos. Por esta razón se realiza este trabajo con la finalidad de describir y plasmar mi experiencia durante este año, destacar y describir la importancia de adquirir nuevos conocimientos en estas 4 rotaciones (Medicina Interna, Pediatría, Cirugía general y Ginecología Obstetricia) asi brindar una buena atención médica y tener bases sementadas de los diferentes conceptos médicos

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

Una de las últimas etapas de formación es el internado medico el cual tuve la oportunidad de realizarlo en la ciudad de Cajamarca en el Hospital regional docente de Cajamarca (HRDC), donde hay profesionales de alto nivel ,gracias a ellos he podido consolidar mis bases teóricas aprendidas en los estudios de pregrado en la faculta de medicina de la universidad de San Martin de Porres (USMP) con las practicas hospitalarias, lo cual me sirvió para identificar diversas patologías en diferentes pacientes de los diferentes servicios.

Durante el internado en el Hospital regional docente de Cajamarca ejercí mis conocimientos en medicina como interno en los servicios de Medicina interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía general y Pediatría, durante 2 meses en cada rotación donde pude interactuar con los médicos asistentes y residentes de cada espacialidad que nos apoyaron y enseñaron sobre el manejo de un parto a término y las complicaciones gineco-obstétricas que se pueden presentar. Al finalizar mis labores en el Hospital regional de Cajamarca realicé una rotación periférica en el puesto de salud Chilete-Contumazá II-E con una población aproximada de 3500 habitantes es aquí donde pude aplicar más mis conocimientos aprendidos y poder evolucionar, examinar y prescribir medicación bajo la supervisión del médico asistente.

Del internado he aprendido como que como futuro medico es importante la realización de una correcta evolución y examen clínico del paciente para determinar un diagnóstico eficaz y oportuno, junto con los conocimientos teóricos adquiridos, por ello a la par teníamos exposiciones que nos ayudaban a consolidar lo aprendido y así brindar un tratamiento oportuno y de calidad al paciente, esto va de la mano con el trabajo en equipo.

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El Hospital Regional Docente de Cajamarca de categoría III-2 se encuentra en la Av. Larry Jhonson, Av. Martines de Uchuracay, en el distrito de Cajamarca provincia de Cajamarca.

Este antes se encontraba ubicado en lo que ahora es el actual Hospital Simón Bolívar que se encuentra en la Av., Mario Urteaga 451, en el distrito de Cajamarca, Provincia de Cajamarca. En 1960 el presidente de la Republica el Dr. Manuel Prado Ugarteche, se proyectó en la fundación y construcción de un hospital para los próximos 10 años de aquella época en Cajamarca, siendo su apertura el 28 de junio de 1963, iniciando sus funciones hospitalarias como centro de salud Cajamarca con especialidades básicas: cirugía general, pediatría, medicina y gineco obstetricia. En la actualidad debido al crecimiento demográfico y hacinamiento se consideró contar con un hospital moderno de vanguardia dándose el inicio de la edificación en el año 2010 ubicado en Jr.Larry Jhonson en el barrio de Mollepampa baja , iniciando su funcionamiento el 12 de enero del año 2012 con equipamiento de alta tecnología y la incorporación de nuevo personal altamente especializado junto con la incorporación de nuevas especialidades , siendo en la actualidad un hospital referencial de mayor complejidad de nuestra región y del norte del país .

Tiene la función de ayudar la integridad de las personas, impulsando la salud, evitando las enfermedades y garantizando la atención universal de salud los habitantes de Cajamarca. En el Establecimientos de Salud Hospital Regional Docente Cajamarca el ser humano es el foco de la atención, a la cual se conceden con aprecio a la vida y a los derechos fundamentales de los peruanos, desde antes del nacimiento y respetando el trayecto natural de su vida, asistiendo a la gran tarea nacional de conseguir el desarrollo de nuestros ciudadanos. Cuenta con médicos, obstetras, tecnología, infraestructura y atención de la mejor calidad, para satisfacer de manera integral los requerimientos de salud de toda la comunidad de Cajamarca en Cajamarca. (1)

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

1.1 Rotación de ginecología y Obstetricia

La rotación en este servicio duró 2 meses, conformado por diferentes áreas que son: Hospitalización, Centro Obstétrico (Área de dilatación, expulsivos, operaciones, monitoreo fetal y puerperio) y emergencias. En el área de hospitalización durante la visita médica a las 8:00am se revisaba la evolución medica realizada por el interno, es aquí donde tuvimos la oportunidad de atender aproximadamente 30 pacientes para evaluar y diferenciar las diversas patologías gineco-obstétricas durante toda la rotación. En el centro obstétrico aprendimos la importancia del monitoreo materno-fetal para la prevención de complicaciones para luego pasar al área de expulsivos donde bajo supervisión atendíamos partos. En emergencia apreciamos que la mayoría de los ingresos era debido a sangrado vaginal y dolor inespecífico a nivel de hipogastrio por ende tuvimos que adecuarnos a una evaluación rápida y minuciosa que gracias al uso correcto del ecógrafo obteníamos un diagnóstico definitivo. Estos conocimientos se complementaban con clases y temas para exponer.

Caso clínico n.1

Preeclampsia sobreagregada en gestante del hospital regional de Cajamarca.2024

Introducción: La preeclampsia sobreagregada es el aumento de la presión arterial en una paciente con diagnóstico previo de hipertensión arterial (HTA) crónica no diagnosticada o diagnosticada con preeclampsia antes de las 20 semanas de gestación sin tratamiento, que se complica por los cambios fisiológicos (2).

Anamnesis: Mujer de 40 años gestante de 34 semanas y 6/7 días por ecografía, referida del centro de salud con un tiempo de enfermedad de 12 horas presentando cefalea Holo-craneana, epigastralgia de leve intensidad, edema de

miembros inferiores y presión arterial de 160/100. El 26/05/24 ingresa por emergencia con el diagnóstico de Preeclampsia severa, a la evaluación se encuentra tranquila, sin molestias, sangrado y pérdida de líquido amniótico, se perciben movimientos fetales adecuados. Es referida con Metildopa y Nifedipina de un y diez gr y mg respectivamente.

Antecedentes

- Menarquia: 13 años
- Fecha de última regla (FUR): 26/09/23
- Fórmula obstétrica: G5 P4004
- Último PAP: 2023
- Patológicos personales:
 - HTA no controlada (2020) niega diabetes.
 - Hospitalizada en marzo hace 4 años por Preeclampsia severa (PES)
- Patológicos familiares: Madre con HTA

Examen físico

- Funciones vitales: PA: 120/80mmHg, FC: 83Lpm, FR: 18Rpm, SatO₂: 93%, T: 36.1C
- Antropometría: Talla: 141cm, peso: 62kg y IMC: 34
- Aspecto general: AREG, AREH, AREN y LOTEPE
- Piel y TCSC: Normo térmico (NT) y Llenado Capilar (LLC) < 2s
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular (MV) pasa bien en ambos campos pulmonares (ACP), no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos (RCR) de buena intensidad (BI), no se auscultan soplos.
- Abdomen: Globuloso, no distendido, latidos cardíacos fetales (LCF): 142lpm, leve dolor a la palpación en hemiabdomen inferior.
- Genito-urinario: PPL (-) bilateral, no sangrado uterino ni líquido amniótico.

Examen Gineco-obstétrico

- Vulva, Vagina, Útero, Cérvix y anexos sin alteraciones.
- No se evidencia Prolapso.
- Altura uterina (AU): 29cm, dinámica uterina (DU): ausente, Situación-posición-Presentación (SPP): Longitudinal-cefálico-Izquierdo (LCI), sangrado uterino (-), líquido amniótico (-), no labor de parto (NLP)
- Test no estresante (NST) se evidencia bradicardia fetal hasta 60lpm.

Impresión Diagnostica

- Gestante Multípara. EG de 34 semanas 6/7 x ecografía de primer trimestre
- HTA crónica: preclamsia sobreagregada
- Obesidad Tipo 1 (IMC:31)

Exámenes de laboratorio y complementarios

Hemograma:

	HB g/dl	WBC 10x3/ uL	NEU %	HC T %	PLT 10x3/ uL	CA YA %	TP seg	TtPa seg	IN R	Ser o	Gr h
26/05/ 24	14.6	9.42	73.4 0	45. 80	277	5	13.6	36.2	1.0 1	(-)	0+
27/05/ 24	13.1	17.6	89.9 0	40. 40	256	x	x	x	x	x	x

Bioquímica:

	GLU mg/dL	UREA mg/dL	CRE mg/dL	TGO U/L	TGP (U/L)	LDH (U/L)	BT.DM SO mg/dL	BD.DM SOmg/ dL
26/05/ 24	75	21.6	0.68	20.3	15	426.1	0.36	0.24

Diagnostico por imágenes: Ecografía obstétrica hallando feto único activo, Longitudinal-cefálico-izquierdo (LCI), placenta corporal grado II, diámetro biparietal (DBP): 83mm, circunferencia cefálica (CC):301mm, Circunferencia abdominal (CA):288mm, longitud del fémur (LF):61mm, Peso fetal (PF):2036g

(P8) crecimiento en percentil 8 que se cataloga como Retraso de crecimiento intrauterino (RCIU) grado 1.

Tratamiento quirúrgico: Cesárea segmentaria transversal primaria más bloqueo tubárico bilateral. Reporte operatorio-hallazgos: 600cc de sangrado, líquido amniótico: claro, recién nacido vivo de sexo femenino, talla:45cm, perímetro cefálico: 30cm, perímetro torácico: 28.5cm, perímetro abdominal :29cm, edad gestacional :34 semanas y APGAR: 7 al minuto y 8 a los 5 minutos.

Evolución: Paciente ingresa por emergencia donde se encontraba estable, horas después presenta contracciones uterinas acompañadas de bradicardia fetal que llegan a 60Lpm motivo por el cual se programa cesárea de emergencia donde se reporta recién nacido de sexo femenino con APGAR, peso y talla adecuados para la edad gestacional. En hospitalización la paciente evoluciona favorablemente con leve dolor a nivel de la herida operatoria indicándose alta médica al tercer día.

Diagnóstico de alta

1. Post operada de cesárea segmentaria transversal primaria más Bloqueo tubárico bilateral por estado fetal no tranquilizador
2. THAE: Preeclampsia sobreagregada a hipertensión crónica.

Discusión: El presente caso se trata de una preeclampsia sobreagregada termino que se emplea por el antecedente de HTA no controlada diagnosticada 4 años antes de la gestación, el centro de salud tomó las medidas oportunas indicando hidratación endovenosa más antihipertensivos pudiendo estabilizar a la paciente siendo referida al HRDC donde existe mayor capacidad resolutive sin embargo no se reportó el empleo de betametasona para la maduración pulmonar ya que se trataba de una gestación de 34 semanas, por ende horas después la paciente presenta contracciones uterinas acompañadas de bradicardia fetal

programándose cesárea de emergencia, afortunadamente él bebe nació con un APGAR adecuado sin apoyo ventilatorio. La preeclampsia sobreagregada a HTA crónica causa morbilidad perinatal de 8.3%, y se presenta en el 23.1% en gestantes que tienen el antecedente de HTA crónica, causando complicaciones materno-perinatales como retraso de crecimiento fetal, sufrimiento fetal agudo y prematuridad como en el presente caso. (3)

Caso clínico n.2

Preeclampsia Severa en gestante del Hospital regional de Cajamarca.2024

Introducción: Preeclampsia con criterios de severidad es cuando la PAS: \geq ciento sesenta y PAD: \geq ciento diez mmHg con función hepática deteriorada, trombocitopenia $<100,000/mm^3$, creatinina $>1.1mg/dL$, proteinuria $>5g$ en 24h, cefalea, visualización alterada y disfunción uteroplacentaria en pacientes embarazadas. (4)

Anamnesis: Paciente de 21 años gestante de 37 semanas y 4/7 días por fecha de última regla (FUR) referida del puesto de salud con el diagnóstico de preeclampsia severa por presentar PAS: >140 mmHg. Ingresa el 26/03/24 por emergencia con una presión de PA:140/90mmHg, al interrogatorio refiere no tener molestias, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico, percibe movimientos fetales. Refiere contracciones uterinas intensas y frecuentes, acompañado de cefalea leve 30 minutos después de la anamnesis.

Antecedentes

- Menarquia: 13 años
- Fecha de última regla (FUR): 07/07/23
- Fórmula obstétrica: G1 P0000

Examen Físico

- Funciones vitales: PA: 140/100mmhg, FR:20rpm, T:36.4C, FC:85lpm, SatO2:94%, FiO2:21%,
- Antropometría: talla: 156cm, peso: 67.7kg
- Estado general: AREG, AREN, AREH.
- Piel: NT, LLC < de 2 segundos
- TCSC: Se evidencia edema (+/+++) en miembros inferiores.
- Pulmones: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: RCR de BI, no se auscultan soplos.
- Abdomen: Globulosos, distendido, RHA (+) conservado se palpa útero distendido con una altura de 30cm.
- SNC: LOTEPE / Escala de Glasgow: 15/15. no focalizaciones.

Examen Gineco-Obstétrico

- Vulva, vagina, útero, cérvix y Anexos sin alteraciones
- No se evidencia Prolapso.
- AU: 30cm, DU: frecuencia :3/10, intensidad: +++ dinámica: 30 minutos, LCF: 148lpm, SPP: LCD, I:70%, sangrado uterino (-), líquido amniótico (-), pródromos de labor de parto (PLP).
- NST: Categoría I

Impresión Diagnostica

- Primigesta. EG de 37 semana y 5/7 días según FUR
- THE: preeclampsia severa
- PLP

Exámenes de laboratorio y complementarios

Hemograma

	HB g/dl	WBC 10x3/u L	NEU %	HCT %	PLT 10x3/u L	TP seg	TtPa seg	INR	Ser o	Gr h
26/03/24	11	9.27	80.10	36.70	191	13.1	24.7	0.92	(-)	0+
27/03/24	9	16.74	87.80	29.50	148	x	x	x	x	x
29/03/24	x	x	x	x	178	x	x	x	x	x

Bioquímica:

	GLU mg/dL	URE mg/d L	CRE mg/d L	TGO U/L	TGP U/L	LDH U/L	BT.DMS O mg/dL	BD.DMS O mg/dL
26/03/24	94	24	0.79	56.6	55	435.4	x	x
27/03/24	x	x	0.92	113.3	75	629.8	0.28	0.17
29/03/24	83	20	0.87	44.8	48.1	534.7	0.41	0.23

Examen de Orina:

	Aspe cto	PH	Color	Leucoci tos	hemati es	C.Epiteli ales	Sang re	Germe nes	Pu s
26/03/24	Turbi o	6	Hemati co	10- 15xC	(+)	Cuatro a ocho x C	(+++)	(+)	(+)

Diagnóstico por imágenes: ecografía obstétrica hallando feto único activo, Longitudinal-Cefálico-Derecho (LCD), placenta fúndica grado II, diámetro biparietal (DBP): 94mm, circunferencia cefálica (CC):334mm, Circunferencia abdominal (CA):306mm, longitud del fémur (LF):64mm, Peso fetal (PS):2571g (P9)

Tratamiento Quirúrgico: Cesárea segmentaria transversal primaria + B-Lynch doble un día después de su ingreso, los hallazgos fueron: líquido amniótico: claro, sangrado de 900cc + Desprendimiento prematuro de placenta (DPP) 10% + atonía uterina como diagnóstico postoperatorio y recién nacido vivo de sexo masculino, peso:2815g, talla:51cm, perímetro cefálico:35cm, perímetro torácico:31cm, perímetro abdominal:28.5cm, APGAR:8 al minuto y 9 a los 5 minutos y una edad gestacional de 38 semanas por escala de Capurro.

Evolución: Paciente Presenta contracciones uterinas que han aumentado en frecuencia, intensidad y duración más sangrado vaginal con coágulos por lo que se programa cesárea de emergencia. En hospitalización la paciente permanece 3 días donde presenta infección del tracto urinario (ITU), la cual se resuelve con la indicación de Cefalexina por 7 días, además también se le diagnostica anemia moderada a causa de la cesárea de emergencia por lo que se le indica Sulfato ferroso, para el control de su presión arterial se indica metildopa por 5 días y para reducir el dolor paracetamol por 3 días, presentando evolución favorable por lo que es dada de alta médica.

Diagnóstico de alta:

1. Postoperada de CSTP por preeclampsia y crisis hipertensiva + Lynch por atonía uterina.
2. THA: Preeclampsia severa en reducción.
3. ITU.
4. Anemia moderada.

Discusión: El 26% de las muertes maternas son ocasionadas por los trastornos hipertensivos a nivel de América latina, a nivel mundial la preeclampsia es una de las principales complicaciones entre el 2% al 8% (5). En el caso presentado, podemos resaltar que la paciente presenta preeclampsia con criterios de severidad siendo referida al HRDC debió a la PA que varían entre 140/90mmHg y 160/100mmHg, si bien al ingreso se encuentra estable, un día después se evidencia sangrado con coágulos y contracción muy intensa de inicio repentino más deterioro de la función hepática ya que el TGO:113.3 U/L y el TGP:75 U/L se encuentran aumentados realizándole cesárea de emergencia hallando DPP y atonía uterina aumentando el riesgos de morbilidad materna sin embargo la paciente presenta evolución favorable , por ende es relevante saber los criterios de severidad para iniciar un tratamiento oportuno y así poder reducir las muertes maternas a causas de complicaciones en América Latina.

1.2 Rotación de Pediatría y Neonatología.

La rotación se divide en dos segmentos: pediatría que está dividida en hospitalización y emergencia, y el área de neonatología que está dividida en intermedios, patológicos e inmediatos. En hospitalización la entrada era de 7:00 am a 5 pm para examinar de manera minuciosa enfocada y realizar una correcta evolución, revisar los exámenes pendientes y las historias clínicas de los nuevos ingresos ,las cuales eran revisadas, evaluadas y corregidas por el médico residente y el medico asistente durante la visita médica a las 8:00am ; en emergencia se realizaban turnos de 7:00am a 7:pm siendo la enfermedad diarreica aguda y las enfermedades respiratorias las más recurrentes; en neonatología, durante mi rotación por inmediatos aprendí la importancia de la atención y evaluación del recién nacido , en intermedios y patológicos la función principal era aprender a realizar el balance hídrico y el requerimiento nutricional en prematuros más exámenes complementarios. Recibíamos clases expuestas por los residentes que comprendía la presentación de un caso clínico.

Caso clínico n.1

Estatus convulsivo en un infante del Hospital regional de Cajamarca, 2024

Introducción: Se define como Estatus convulsivo a la alteración eléctrica cerebral que causa movimientos tónico-clónicos continuos de 30 minutos a más, con dos o más crisis sin restablecimiento total, la cual debe de ser interrumpida < 5 minutos para evitar la morbimortalidad esta se clasifica en generalizado o parcial (6) .

Anamnesis: Paciente femenino de 1 año de edad que ingresa por emergencia el 19/05/24 por la mañana, con un tiempo de enfermedad de 9 horas, se evidencia elevación de alza termina no cuantificada que se acompañan con movimientos involuntarios que duran aproximadamente 2 minutos, una hora después vuelve a tener un episodio de movimientos tónico-clónicos de aproximadamente 3 minutos por lo que se decide llevar al paciente al centro de

salud quienes lo refieren al HRDC. Para salvaguardar la vía aérea se opta por intubación.

Antecedentes

- Patológicos personales: Síndrome convulsivo febril sin tratamiento hace aproximadamente 3 meses.
- Epidemiológicos: niega haber viajado a zonas endémicas del Perú
- Patológicos familiares: niega

Examen físico

- Funciones vitales: FR:32rpm. T:36.8C, FC:154lpm, SatO2:100%, FiO2:70%
- Piel: LLC>2 segundos, alza térmica, normocrómica.
- TCSC: Mucosas secas.
- Pulmones: MV pasa lento en base de ACP auscultándose (crépitos) a predominio derecho.
- Cardiovascular: RCR pasa con BI, soplo sistólico en III y VI
- Abdomen: blando y depresible, RHA presentes, no se evidencian masas.
- Renal: diuresis aumentada.
- SNC: No focalizaciones, Hipoactiva, Escala de Glasgow: 8pt, Richmond Agitation-Sedation Scale(RASS)-4 (sedación profunda, no abre los ojos a la estimulación física)

Exámenes auxiliares

Hemograma:

	HB g/dl	WBC 10x3 /uL	NEU %	HCT %	PLT 10x3 /uL	CAYA %	TP seg	TtPa seg	IN R	Se ro	Gr h
19/05/ 24	11.2	8.68	83.0 0	34.50	261	3	20.7	55	1.6	(-)	0+
22/05/ 24	13.7	11.8 9	66.4 0	41.60	518	4	x	36.9	x	x	x
24/05 /24	11	8	42.1	34.3 0	308	1	17.7	37.2	1.3 8	x	x

Bioquímica:

	GLU mg/d L	UREA mg/dL	CRE mg/dL	TGO U/L	TG P U/L	LDH U/L	BT.D MSO mg/d L	BD.D MSO mg/d L	P.t ota l	Al b	P C R
19/0 5/24	122	21	0.39	64.3	57	649.5	0.47	0.3	4.8 8	3. 53	8. 6
22/0 5/24	48.3	x	0.42	540	250	1405. 4	0.89	0.8	x	x	7. 4
24/0 5/24	81	22	0.37	9	66	841.1	0.55	0.42	5.6 5	3. 84	x

- AGA: (19/05/24):PH:7.27, PCo2:37%.3, PO2:70.5%, K:4.3mmol/, Na:137 mmol/, Cl:109 mmol/, HCO3:16.6%.
- Cultivos de orina, secreción bronquial, LCR y orina: NEGATIVOS.

Impresión diagnóstica

- Estatus convulsivo
- Sospecha de Sepsis por neumonía Aspirativa.
- Acidosis metabólica
- Insuficiencia respiratoria Aguda
- D/C Meningitis bacteriana Aguda.

Plan

- NPO
- Control de funciones vitales y Observación de signos de alarma
- Fenitoína 1000mg + NaCl 0.9% 50cc / 1cc: 2.2mcg/kg/h
- Fenitoína 180mg EV STAT luego 20mg EV C/8h
- Midazolam 100mg + NaCl 0.9% 50cc en 0.5cc/kg/min, 1cc: 3.7mcg/kg/min
- NaCl 0.9% / 180cc en 15m
- Apoyo ventilatorio y oxigenatorio
- NaCl 0.9% NL /1400cc en 24 h
- Ranitidina 10mg EV C/8h
- Cardiovascular: colocación de CVC.
- Intubación con TET 3.5 C/puff. Paciente tolera procedimiento.

Evolución en UCI-A: Paciente ingresa por tarde al servicio donde permanece 6 días, se le indica tratamiento antibiótico (Vancomicina 150mg EV C/6h y Meropenem 336mg EV C/8h) y antiviral (Aciclovir 126mg EV C/8h) por 7 días más tratamiento con Manitol y Ranitidina. No vuelve a presentar fiebre ni episodios convulsivos, sin necesidad de oxígeno suplementario por lo que es extubado para su pase a hospitalización presentando evolución favorable.

Evolución en Hospitalización: Paciente permanece en servicio durante 4 días con evolución favorable, hemodinamia estable, afebril y sin nuevos episodios convulsivos completando su tratamiento antibiótico y antiviral, siendo dado de alta médica con levetiracetam 100mg/1ml (1.5ml V.O cd/12h) y control por consultorio externo de pediatría.

Diagnóstico de alta

1. Estatus Convulsivo resuelto
2. Insuficiencia respiratoria Aguda resuelta
3. Meningitis Bacteriana resulta.

Discusión: En este caso tratamos una paciente que presenta movimientos tónico-clónicos en 4 ocasiones de <5 minutos desde su ingreso a su centro de salud donde le indicaron Diazepam hasta su traslado al HRDC, a la evaluación se evidencia crépitos a nivel pulmonar y 8p según la escala de Glasgow por ende para salvaguardar la vía aérea de la paciente se opta por la intubación; por ello , definimos este caso como un estatus convulsivo por los movimientos tonico-clonicos generalizados en < de 30 que cursa con dificultad respiratoria siendo trasladado a UCI empezando tratamiento antibiótico y antiviral de manera empírica más tratamiento anticonvulsivante con fenitoína y levetiracetam, resultando de manera favorable para el paciente. Se concluye la importancia del conocimiento sintomatológico para el tratamiento oportuno de un estatus convulsivo sabiendo que la mayor tasa de incidencia es en el primer año de vida

entre 56 a 156 por 1000000 al año, siendo la fiebre la causa etiológica preexistente más frecuente en un 15% y la meningitis como causa infecciosa, cabe resaltar que nuestra paciente tuvo un episodio convulsivo hace 3 meses (7). Si bien para el diagnóstico confirmado de meningitis se requiere de una punción lumbar positiva, al realizarla en el paciente sale negativa debido al manejo antibiótico previo a su cultivo. Se propone una vigilancia constante debido al aumento de casos en el Nosocomio.

Caso clínico n.2

Síndrome de Guillain Barré en paciente pediátrico en el hospital regional de Cajamarca.2024

Introducción: El Síndrome de Guillain Barré es una enfermedad neurológica inmunológica, sensitiva y motora ascendente la cual se caracteriza por la infección previa, atípica y o clínica que afecta los nervios periféricos y raíces nerviosas, caracterizada por presentar Debilidad bilateral de miembros inferiores y superiores, hipo/arreflexia, parálisis facial o bulbar y Oftalmoplejía. (8)

Anamnesis: Menor de 2 años de sexo femenino que hace 15 días presenta disminución de fuerza en miembros inferiores, no permitiéndole caminar ni levantarse de su cama sin acudir a atención medica sin embargo 3 días después se lleva a menor a un centro quiropráctico, donde mejora movilización, 7 días después es traída a clínica particular donde le indican una radiografía de miembros inferiores por posible infección, siendo trasladada al HRDC.

Antecedentes

- Patológicos personales: niega
- Alergias: niega
- Epidemiológicos: niega haber viajado a zonas endémicas del Perú
- Patológicos personales: niega

Examen físico

- Estado general: REN, REH, REG.
- Piel: NT LLC<2seg
- TCSC: No se evidencia edemas en MMII y MMSS
- Pulmones: MV pasa bien en ACP, no se auscultan ruidos agregados
- Cardiovascular: RCRR de buena intensidad, no soplos
- Abdomen: Semiglobuloso, RHA (+) conservados, no dolor, masas o VSM a la palpación.
- Movilización: Debilidad en Miembros superiores +/-+++ y miembros inferiores +/-+++ , no se evidencia alteración sensitiva.
- SNC: Reflejos Osteotendinosos Abolidos, reflejos plantares abolidos, no focalizaciones.

Exámenes auxiliares

Hemograma:

	HB g/dl	WBC 10x3/uL	NEU%	HCT %	PLT 10x3/uL	CAYA %	Sero	Grh
16/04/2024	12.7	7.71	30.40	39.80	475	x	(-)	0+

Bioquímica:

	GLU mg/d L	UREA mg/dL	CRE mg/d L	TGO U/L	TG P U/L	LDH U/L	BT.D MSO mg/d L	BD.D MSO mg/d L	P.t ota l	Al b	P C R
16/04/ 2024	78	20	0.33	54.7	28	431.4	0.9	0.75	6.2	4. 5 7	0. 7

- 17/04/24: Examen de líquido Cefalorraquídeo: color: cristal de roca, Aspecto: transparente, cantidad: 0.5ml
- 17/04/24: Examen Bioquímico de LCR: glucosa: 51, proteínas: 157

Impresión diagnóstica

- Polineuropatía a predominio de MMII, D/C Síndrome de Guillan Barré

Plan

- Dieta blanda
- CFV+OSA
- Vía Salinizada (VS)
- Interconsulta a Neurología:
- Inmunoglobulina Humana 5%, 0.4g/kg/día total: 4.64g C/24h x 5 días.
- Velocidad de infusión:
 - 0.5ml/kg/hora x 30m
 - Un ml/kg/hora x 30m
 - 1.5ml/kg/hora x 30m
 - 2ml /kg/hora x 30m
 - 2.5ml/kg/hora x 30m
 - 3ml/kg/hora x 30m
- Hemograma, glucosa, urea, creatinina y perfil hepático.
- Punción lumbar para la extracción de muestra de LCR
- Exámenes para descartar Guillain Barré
- interconsulta con medicina Física y de rehabilitación

Evolución: Paciente ingresa el 18/04/24 a hospitalización dos días después de encontrarse en emergencia donde permanece 4 días, se evidencia recuperación gradual de la fuerza muscular en los miembros inferiores, siendo reevaluada por neurología que evidencia mejoría clínica de las extremidades siendo dada de alta médica con las siguientes indicaciones: Complejo B (5ml VO C/24h por 15 días) y control por consultorio externo de pediatría en 15 días.

Diagnóstico de alta

1. Sd. Guillain Barré en resolución.

Discusión: En el presente caso tratamos el síndrome de Guillain Barré en una menor de 2 años, este síndrome se presenta en un rango de edad frecuente

entre los 6 a 12 años en un 70% dejando a los menores de 6 años en un porcentaje del 30% donde entra el caso presente. La debilidad muscular es la principal sintomatología en un 97% de los casos de un estudio, donde Cajamarca es uno de los principales departamentos afectados que evidencia un aumento de este tipo de casos, esta enfermedad se caracteriza por la disminución de la fuerza muscular y del tono (Parálisis flácida aguda) como evidencia la paciente 15 días previos al ingreso (9). Una correcta anamnesis más el análisis del LCR, nos dan el diagnóstico definitivo, siendo un tratamiento eficaz la inmunoglobulina humana junto con tratamiento terapéutico, se concluye que gracias al diagnóstico eficaz y a un correcto tratamiento dado a la paciente se puede disminuir estas cifras en los menores de 2 a 6 años.

1.3 Rotación de Medicina Interna.

Con una duración de 2 meses los internos estábamos a cargo de 4 o 5 camas dependiendo de los ingresos ,realizábamos la evolución , revisión de exámenes pendientes y curaciones, supervisado por los residentes previo al pase de visita por los asistentes de turno , el servicio estaba dividido en dos segmentos : Hospitalización y especialidades (cardiología, neumología , gastroenterología y neurología), cada especialidad duraba 5 días, aquí se aprende la importancia de los conceptos básicos y la examinación de los pacientes en cada especialidad, cabe resaltar que por semana a cada interno le tocaba un día en emergencia la cual se hacía guardias de 7am a 7pm. En hospitalización la dificultad respiratoria era la patología más frecuente. Las bases teóricas y prácticas se complementaban con las exposiciones hechas por cada interno.

Caso clínico n.1

Neumonía asociada a ventilación mecánica en paciente joven del hospital regional de Cajamarca. 2024

Introducción: La neumonía asociada a ventilación mecánica es causada por organismos bacterianos a nivel del epitelio de las vías respiratorias bajas,

adhiriéndose a la mucosa mediante la aspiración de secreciones, invasión por cercanía de estos microorganismos, contaminación de dispositivos médicos y por vía hematológica los cuales pueden ocasionar una infección a nivel pulmonar. Siendo el tubo endotraqueal la principal causa de alojamiento. Las principales manifestaciones clínicas son: Fiebre, hipotermia y secreciones purulentas con evidencia de un consolidado nuevo en la radiografía. (10)

Anamnesis: Paciente varón de 18 años 17/06/24 por emergencia, con tiempo de enfermedad: 1 mes, forma de inicio: brusco, curso: progresivo. Refiere quemadura a nivel del brazo izquierdo y cuello, por lo que es llevado a emergencia del hospital de Cutervo donde sufre alteración de la conciencia, dolor torácico y taquipnea por lo que es referido al HRDC diagnosticada con síndrome de distrés respiratorio agudo, Insuficiencia respiratoria aguda (IRA) tipo I, acidosis metabólica, Trastorno hidroelectrolítico (THE), Sd. Post reanimación (médico que trajo al paciente menciona que hizo PCR de 5mm) y quemadura de I y II grado < 5%.

Antecedentes

- Patológicos personales: niega
- Alergias: niega
- Epidemiológicos: niega haber viajado a zonas endémicas del Perú
- Patológicos personales: niega

Examen físico

- Signos vitales: PA: 126/72mmHg, FR: 26rpm, FC: 126lpm, T: 36.6C, Sato2: 76%, FiO2: 50%
- Estado general: Paciente ventilando con CBN a 3L , REG, REN y REH.
- Piel: NT, cicatriz queloide en región deltoidea izquierda y región lateral izquierdo del cuello, buena elasticidad
- TCSC: No se evidencia edemas en MMII y MMSS

- Pulmones: MV pasa bien en ACP, se auscultan crépitos de moderada intensidad en base y 1/3 medio de ambos campos pulmonares
- Cardiovascular: RCRR de buena intensidad, no soplos audibles, no chasquidos ni R3 o R4.
- Abdomen: B/D, RHA (+) conservados, dolor a la palpación en epigastrio 3/10 EVA no irradiado, no se observan ni se palpan masas ni VSM
- SNC: LOTE/ no focalización / EG: 15/15.

Planteamiento sindrómico

- Síndrome de dificultad respiratoria
- Falla renal Aguda
- Trastorno de la conciencia
- Anemia

Exámenes Auxiliares

Hemograma:

	HB g/dl	WBC 10x3/uL	NEU%	HCT %	PLT 10x3/uL	CAYA %	Sero	Grh
18/06/24	8.1	15.32	76.40	24.70	808	1	(-)	0+
20/06/24	8.9	13.95	73.00	28.70	975	3	x	x

Bioquímica:

	GLU mg/d L	UREA mg/dL	CRE mg/d L	TG O U/L	TG P U/L	LDH U/L	BT.DMS Omg/dL	BD.D MSO mg/d L	7	Al b	P C R
18/06/24	109	36.3	1.1	210	228 .6	625. 6	0.73	0.6	7. 93	4. 0 5	10 2. 3
20/06/24	86	54	1.26	x	x	x	x	x	x	x	29 .8 5

Examen de Orina:

	Aspe cto	PH	Color	Leucoci tos	hemati es	C.Epiteli ales	Sang re	Germe nes	Pus

20/06/24	Turbi o	5- Jul	Amari llo	Diez a quince xC	1-2xC	Escasos	(+)	(++)	(+)
----------	------------	-----------	--------------	------------------------	-------	---------	-----	------	-----

- Serológicos: no reactivos
- Ecografía renal del 19/06/24: se evidencia nefropatía crónica difusa bilateral a predominio izquierdo
- Ecografía Abdominal superior del 19/06/24: se evidencia hepatoesplenomegalia y estenosis hepática moderada difusa.
- Cultivo: tipo de muestra: secreción bronquial, cocos + y bacilos: ++, Leucocitos PMN: 15-20xC, BK: negativo
- AGA: valores de gases en sangre: PH: 7.4, PCO2: 23.0%, PO2: 95.1%. valores electrolitos: cK: 3.3mmol/L, cNa mmol/L: 129, cCa mmol/L: 0.80, cCl mmol/L:98. Valores metabólicos: Glu:91mg/dL, Lac mmol/L: 0.6.

Impresión Diagnostica

- Neumonitis química
- Neumonía Intrahospitalaria por Pseudomona
- Neumonitis química por Inhalación de humo
- Falla renal aguda
- Anemia normocrómica, normocítica

Plan

- Reposo cabecilla de cama 30- 45 grados
- Dieta completa + LAV
- CFV+ BHE
- V. S
- Fluconazol 200mg EV C/12h
- Paracetamol un gramo VO C/8h
- Metamizol un gramo EV PRN a T>38C
- Trimetoprim sulfametoxazol 800mg VO C/12h
- NBZ con Salbutamol a diez gotas +5cc SSF> C/8h
- bromuro de ipratropio 4 puff C/8h

- Salmeterol fluticasona 4puff C/12h
- Hidrocortisona 100mg EV C/8h
- Oxigenoterapia por CBN para SatO₂>90-92%
- Antibioticoterapia (ATB de amplio espectro para S. Aureus)
- corticoterapia
- Rehabilitación física
- Hidratación

Evolución: Paciente desde su ingreso es hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos (UCI-B) donde permanece un mes con apoyo de ventilador mecánico con los siguientes exámenes de laboratorio: leucocitos: 20000 (neutrófilos 18.270), HB :14.9 g/dl, PLT:320 10x3/uL, AGA: Ph: 7.2, PCO₂: 41.7 mmol/L, PO₂: 49.1 mmol/L , K:5 mmol/L, Lact: 2.2 mmol/L, HCO₃: 18.8%.REG, donde 12 días después se añade el diagnóstico de neumonía nosocomial por un cultivo positivo donde se evidencia pseudomonas a causa de la TET y neumonía química por gases, siendo tratada con Amikacina y piperacilina y tazobactam. Se le realiza el cambio del CVC el 08/06/24 y 2 días después es extubado siendo trasladado a UCIN aun manteniéndose con CPAP y con evolución favorable, 4 días después pasa a hospitalización con CBN donde continuo tratamiento, siendo dado de alta con evolución favorable.

Diagnóstico de alta

1. Neumonía asociada a ventilación mecánica en resolución
2. Septicemia

Discusión: En el presente caso tratamos un paciente con neumonía nosocomial esta patología viene a ser la segunda causa de infección adquirida en el nosocomio más frecuente debido a una aguda del parénquima pulmonar que afecta principalmente las vías aéreas superiores por bacterias que se desarrolla aproximadamente en 48 h a 72 después del ingreso que requiere intubación orotraqueal con un riesgo de 9% a 27% ,esta principalmente se adquiere en la

UCI como la paciente del presente caso que según su cultivo de secreción bronquial adquirió P. Aeruginosa por lo que recibe tratamiento antibiótico con Amikacina y Piperacilina y tazobactam en la UCI, para cubrir la actividad antipseudomonica (11). El tratamiento antibiótico de amplio espectro se debe de iniciar de manera empírica lo más pronto posible apenas se obtenga los resultados del cultivo o se tenga sospecha diagnóstica medidas que se tomaron en el HRDC, por ende, se concluye en la importancia del monitorio respiratorio constante y el correcto diagnóstico a través de los criterios clínicos y microbiológicos la disminuir la mortalidad que se encuentran entre el 20% y el 50%

Caso clínico n.2

Osteomielitis en paciente adulto del hospital regional de Cajamarca.2024

Introducción: La osteomielitis es un proceso inflamatorio e infeccioso de los huesos afecta la médula ósea y su estructura hasta llegar a la corteza medular, se extiende por contigüidad en algún tejido blando o articulación y también por vía hematogena debido a un trauma o cirugía previa que ocasiona la inoculación directa de la Staphylococcus epidermidis (30% más frecuente) , por lo general las manifestaciones clínicas locales son hinchazón , eritema , calor y dolor ; y los sistémicos son fiebre y escalofríos (12). Podemos apreciar una tabla con las características clínicas en el **anexo1**.

Anamnesis: Paciente de 50 años que ingresa por emergencia el 03/06/24, con un tiempo de enfermedad: 1 semana, forma de inicio: insidioso y curso progresivo, refiere dolor en rodilla izquierda posterior al esfuerzo, 5 días antes refiere aumento de volumen y enrojecimiento en la zona de la rodilla, cuadro clínico fue en aumento por lo que va al HRDC por emergencia. Refiere tener problemas en la rodilla, marcha con ayuda de muletas debido a dolor a nivel de la cadera y rodilla izquierda por lo que se le realiza sesiones de terapia física.

Antecedentes

- Patológicos personales: Fractura de rodilla izquierda en 1990
- Alergias, Epidemiológicos y patológicos familiares: Niega

Examen físico

- Estado general: REG, REH y REN.
- Piel: NT, se evidencia lesión ulcerada cubierta con gasas estériles con escasa producción de secreción, en región 1/3 inferior de muslo de miembro inferior izquierdo, asociado a calor, eritema.
- TCSC: aumento de volumen en 1/3 distal de muslo de MMII izquierdo, comprometiendo cara interna de rodilla izquierda
- Pulmones: MV pasa bien en ACP. No se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: RCRR de buena intensidad, no soplos audibles, no chasquidos ni R3 o R4. No se evidencia ni se palpa precordio hiperdinámico
- Abdomen: Blando y depresible, RHA (+) conservados, no doloroso a la palpación. No se evidencia ni se palpan masas ni VSM
- Movilización: disminuida a nivel de MMII izquierdo(rodilla), sensibilidad conservada
- SNC: LOTE/ no focalización / EG: 15/15p.

Exámenes auxiliares

Hemograma:

	HB g/dl	WBC 10x3/uL	NEU%	HCT %	PLT 10x3/uL	CAYA %	Sero	Grh
3/06/24	10.7	27.46	89.80	32.90	863	8	(-)	A+
6/06/24	10.1	18.33	87.70	31.30	1090	4	x	x
9/06/24	9.3	11.53	83.20	28.20	1159	3	x	x
23/06/24	10.5	6.82	74.6	31.40	983	x	x	x
02/07/24 (alta)	10.6	6.63	68.30	31.90	768	7	x	x

Bioquímica:

	UREAm g/dL	CREm g/dL	TG O U/ L	TG P U/ L	LD H U/L	BT.DM SO mg/dL	BD.DM SO mg/dL	P.to tal	Al b	PC R
3/06/24	x	x	x	x	x	x	x	x	x	76. 19
7/06/24	x	x	20. 5	38	233 .1	0.5	0.34	6.0 7	3. 05	118 .7
9/06/24	x	x	x	x	x	x	x	x	x	122 .2
27/06/24	50.5	0.75	19. 8	21. 7	223 .4	0.63	0.42	8.1	3. 83	92. 6
2/07/24(alta)	x	x	17. 5	16. 5	210 .6	0.48	0.33	8.6	x	x

Examen de Orina:

	Aspe cto	PH	Color	Leucoci tos	hemat íes	C.Epiteli ales	Sang re	Germe nes	Pus
3/06/2 024	Turbi o	x	Amari llo	Tres a seis xC	(-)	Cinco a diez x C	(-)	(+)	(-)

- 12/06/24-Ecografía MSK muslo izquierdo: hallazgo con relación a múltiples abscesos en muslo y fosa posterior de rodilla ipsilateral.
- 19/06/24-Ecografía MSK rodilla Izquierda: hallazgo con relación a proceso inflamatorio del TCSC de MMII izquierdo a considera celulitis + bursitis suprapatelar profunda izquierda. Colección de 10cc.
- 30/06/24-Ecografía MSK de partes blandas (rodilla izquierda) – Colección de 8cc.

Planteamiento sindrómico

- Síndrome Febril

Impresión Diagnostica

- Celulitis de miembro inferior izquierdo
- Osteomielitis
- Coxartrosis
- Anemia normocítica- normocrómica

Plan

03/06/24

- Reposo cabecera 30 grados
- CFV+BHE
- Dieta Completa +LAV
- NaCl 0.9% 1000cc EV 20gtsx m
- Clindamicina 600mg EV C/8h
- Oxacilina 2g EV C/4h
- Ketoprofeno 100mg
- Tramadol 100mg EV PRN a dolor intenso
- Dimenhidrinato 50mg PRN a dolor intenso

8 días después de su hospitalización, indican:

- Rifampicina 600mg VO C/12h por 9 días
- Vancomicina Un gramo EV C/12h por 20 días
- Enoxaparina 40mg SC C/12h
- Paracetamol 500mg a tabl VO PRN a dolor

Evolución: Tres días después de estar en emergencia paciente ingresa a hospitalización presentando una PA:100/60mmHg, T: 36.4C, FC:84Lpm, FR:18Rpm, SatO2:93%, FiO2:21% indicándole Rifampicina, Vancomicina, Enoxaparina y Paracetamol, gracias a ello presenta evolución favorable y ventila espontáneamente días después, donde se le indica alta hospitalaria a los 27 días y cita por consultorio externo de traumatología en 7 días.

Diagnóstico de alta

1. Osteomielitis

Discusión: En el presenta caso clínico trataremos la osteomielitis en un paciente que previamente tuvo una fractura de rodilla encontrándose múltiples abscesos

y colecciones en la ecografía demostrando un proceso inflamatorio. Asociada 4% a 64% a traumatismos previos y en un 20% a 30% a infecciones siendo el agente más común en un 30% el *S.Epidermidis*. El cultivo óseo positivo es el diagnóstico definitivo, si bien no se realizó en este caso, las pruebas específicas como marcadores inflamatorios elevados como VSG, PCR y recuento de glóbulos blancos más la ayuda ecografía donde se hallaron múltiples abscesos permitieron el empleo antibiótico con Vancomicina (por su mayor concentración y penetración) que suele estar indicado con limpieza quirúrgica y desbridamiento según las guías de manejo del MINSA, lo que evitara la evolución de la osteomielitis aguda a crónica. Concluimos que para disminuir la morbilidad se debe de iniciar con antibioticoterapia gracias al diagnóstico, identificando el agente infeccioso como en el caso descrito obteniendo la pronta mejoría del paciente (13). También es importante enfatizar la importancia de una adecuada anamnesis y examen clínico ya que el paciente no refiere lesión ulcerada cubierta por gasas a nivel del muslo por lo que podría estar relacionado a los abscesos.

1.4 Rotación de Cirugía General

Con una duración de 2 meses, la rotación se dividía en hospitalización y especialidades. Estábamos a cargo de 4 o 5 pacientes dependiendo de las altas y la disponibilidad de camas en el servicio, la mayoría eran pacientes quienes requerían curaciones diarias ya que eran previamente operados. La visita médica era a las 8:00am donde se debía tener listo los exámenes pendientes, evoluciones y curaciones que requerían atención inmediata por ende lo más propicio era entrar a las 7:00am, este estaba conformado por 2 asistentes, 3 residentes, 5 internos. Aquí aprendí la importancia de la evaluación física para diferenciar los diversos puntos de dolor abdominal en apendicitis aguda y colecistitis, teníamos un día operatorio por semana. Las clases se complementaban con los diversos talleres, uno de los más importantes era el taller de suturas.

Caso clínico n.1

Apendicitis Aguda congestiva en paciente del Hospital regional de Cajamarca.2024

Introducción: Proceso inflamatorio agudo que causa engrosamiento de las paredes debido a una obstrucción mayormente por fecalitos que tapan la luz del apéndice, teniendo un cuadro clínico muy característico: Dolor abdominal de inicio brusco que se localiza a nivel epigastrio y migra hacia la fosa iliaca derecha (signo de Mc, Burney). Se utiliza la escala de Alvarado modificada siendo la más sensible y específica para el diagnóstico. (14)

Anamnesis: Paciente mujer de 16 años ingresa el 19/09/24 por emergencia con dolor abdominal a nivel del ombligo hace 14h, después de 5 h este dolor migra a la fosa iliaca derecha que no calma al medicarse con analgésico de farmacia, el dolor cada 30 minutos se hace más brusco, no vómitos, náuseas, ni sensación de alza térmica, por lo que acude al HRDC, donde se realiza interconsulta con ginecología quienes no encuentran patología ginecológica.

Antecedentes

- Patológicos personales y familiares: niega
- Alergias: niega
- Epidemiológicos: niega haber viajado a zonas endémicas del Perú

Examen físico

- Estado general: REG, REH y REN, despierto y LOTEPE.
- Piel: NT, NC y Llenado capilar <2 segundos.
- TCSC: No se evidencia edemas en MMII y MMSS.
- Pulmones: MV pasa bien en ACP. No se auscultan ruidos agregados.

- Cardiovascular: RCRR de buena intensidad, no soplos audibles, no chasquidos ni R3 o R4. No se evidencia ni se palpa precordio hiperdinamico.
- Abdomen: Blando y depresible, RHA (+) conservados, doloroso a la palpación superficial en fosa iliaca derecha. No se evidencia ni se palpan masas ni VSM.
- SNC: LOTEPE/ no focalización / EG: 15/15.

Exámenes Auxiliares

Hemograma:

	HB g/dl	WBC 10x3/u L	NEU %	HCT %	PLT 10x3/u L	CAYA %	TP seg	INR	Ser o	Gr h
19/09/24	14.2	7.72	86.10	42.00	359	2%	13.6	0.95	(-)	O+
20/09/24	13.1	3.09	44.00	38.80	318	x	x	x	x	x

Bioquímica:

	GLU mg/dL	UREA mg/dL	CRE mg/dL	PCR mg/dL
19/09/2024	102	21	0.96	18.4
20/09/2024	x	x	x	19

Examen de Orina:

	Aspe cto	PH	Color	Leucoci tos	hemat ies	C.Epiteli ales	San gre	Germe nes	Pu s
19/09/2024	Turbi o	6- Ene	Amar illo	2-4xC	(-)	Veinticin co a treinta xC	(-)	(+++)	(-)

- Informe de ecografía abdominal: hallazgos ecográficos a nivel de la fosa iliaca derecha de imagen aperistaltica redondeada, dolor en la ecopresion, MC Burney ecográfico (+), proceso apendicular sugerente.
- Ecografía pélvica o abdominal inferior: meteorismo abdominal moderado.

Impresión Diagnostica

- Síndrome doloroso abdominal
- Apendicitis Aguda congestiva

Tratamiento quirúrgico: Apendicectomía convencional realizada un día después del ingreso. Se reafirma el diagnóstico de apendicitis aguda congestiva. En el reporte operatorio se evidencia apéndice de aproximadamente 11x 8 cm de diámetro, congestiva en sus 2/3 externos, base apendicular en buen estado, líquido inflamatorio de 40cc. Se realizó la cirugía sin percances, paciente pasa a UCIN para recuperación y 4 horas después a hospitalización.

Plan

Post cirugía:

- NPO por 6h luego probar tolerancia oral
- CFV C/8h
- Dextrosa 5% 1000cc + NaCl 20% (2 AMP) + Metamizol (2AMP) de un gramo pasando a 30gts x minuto.
- Omeprazol 40mg EV C/24h
- Ciprofloxacino 400mg EV C/12h (completar II dosis)
- Metronidazol 500mg EV C/8h (completar III dosis)
- Ketoprofeno 100mg EV C/8h

Evolución: Ingresa a hospitalización para manejo posquirúrgico siendo dado de alta médica 1 día después con dieta blanda por 7 días, cita por consultorio externo en cirugía general más retiro de puntos en 7 días.

Diagnóstico de alta

1. Apendicitis Aguda Congestiva

Discusión: Según un boletín científico del instituto de salud de la universidad Autónoma de Hidalgo. El riesgo de obstrucción apendicular en mujeres es de 16.34%, en mujeres con sobrepeso y obesidad. En el reporte operatorio se

diagnostica apendicitis congestiva que es la acumulación de material fecaloide que provoca la proliferación de bacterias, obstrucción del drenaje venoso y linfoide lo que provoca un acumulo de líquido que causa congestión serosa así como fue hallado 40cc de líquido en el caso descrito. Valoramos la sintomatología del paciente según los criterios de Alvarado **Anexo2**, con un total de 6pt se evalúa una probabilidad del 57.6%de apendicitis de riesgo intermedio. El tratamiento es el procedimiento quirúrgico siendo el de elección la laparoscopia demostrándose sin embargo este no es el procedimiento realizado con el paciente a quien se le realiza Apendicetomía convencional por medio de la incisión abdominal más manejo antibiótico con ciprofloxacino y metamizol al tratarse de una apendicitis no complicada. Se sugiere con este caso concientizar a la población sobre la automedicación ya que puede retrasar un manejo oportuno de la Apendicitis aguda y por el contrario llegar a presentar complicaciones.(15)

Caso clínico n.2

Colelitiasis Aguda en paciente del Hospital regional de Cajamarca.2024

Introducción: La colecistitis aguda es aquel dolor a nivel franco derecho que se acompaña en los exámenes con leucocitosis y fiebre a causa de una inflamación. A nivel de la vesícula biliar se generan cálculos biliares que causan una obstrucción por ende un aumento de la flora bacteriana y a consecuencia una inflamación. (16)

Anamnesis: Paciente de 37 años con antecedente de litiasis vesicular que 12h antes del ingreso refiero consumo de alimentos grasos presentando dolor a nivel abdominal que empezó en el epigastrio y se irradia hacia la espalda de moderada intensidad acompañado de náuseas y vómitos en 2 oportunidades de contenido alimenticio, niega fiebre y otra sintomatología.

Examen físico

- Estado general: REG, REH y REN
- Piel: NT, NC y Llenado capilar <2 segundos
- TCSC: No se evidencia edemas en MMII y MMSS
- Pulmones: MV pasa bien en ACP. No se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: RCRR de buena intensidad, no soplos audibles, no chasquidos ni R3 o R4. No se evidencia ni se palpa precordio hiperdinámico.
- Abdomen: Blando y depresible, RHA (+) conservados, Semiglobuloso, timpanismo conservado, dolor leve en epigastrio. Signo de Murphy (+) dolor a la palpación en cuadrante superior derecho a la inspiración.
- SNC: LOTEPE/ no focalización / EG: 15/15.

Exámenes Auxiliares

Hemograma:

	HB g/dl	WBC 10x3/ uL	NEU %	HCT %	PLT 10x3/ uL	CAYA %	TP seg	TtPa seg	IN R	Se ro	Gr h
4/10/2 024	14	11.7	60.3 0	41.4 0	393	2	14.3	30	0.9 6	(-)	O+

Bioquímica:

	GLU mg/ dL	UR E mg/ dL	CR E mg/ dL	TGO U/L	TG P U/L	LDH U/L	BT.D MSO mg/dL	BD.D MSO mg/dL	P.to tal	Al b	PC R
4/10/2 024	91	18	0.87	31	24	355.4	0.79	0.41	8.5	5. 51	4.3

- Ecografía Abdominal superior: vesícula biliar distendida con algunas litiasis en su interior de hasta 23mm, paredes delgadas sin demás, conclusión: litiasis vesicular

Impresión Diagnostica

- Síndrome Doloroso Abdominal
- Colecistitis aguda

Tratamiento quirúrgico Colectomía Laparoscópica. Se halla vesícula biliar de 16x7 cm conteniendo múltiples cálculos en su interior, el mayor de 3cm, paredes delgadas, empotrada hacia su techo. Cístico de +/- 5mm de inserción alta adherido a colédoco el cual mide +/- 7mm.

Plan

Post cirugía:

- NPO x 6 horas, luego tolerancia oral
- CFV/8h
- Dextrosa 5% 1000cc, metamizol 2g y Kcl20% (1AMP) x 20gotas por minuto
- Omeprazol40mg EV C/24h
- Dimenhidrinato 50g EV PRN a náuseas y vómitos
- ketoprofeno 100mg EV C/8h

Evolución: Paciente ingresa a hospitalización presentando evolución favorable siendo dado de alta médica a los dos días.

Diagnóstico de alta

1. Colelitiasis aguda.

Discusión: Según un estudio clínico realizado en el servicio de cirugía general en España se toma los criterios de Tokio 2018 para incluir a pacientes previamente diagnosticados con colecistitis litiasica aguda separándolo en leves, moderadas y graves con un porcentaje de 34%, 57%y 9% respectivamente, conforme aumenta la edad aumenta el número de ingresos, las comorbilidades y las opciones de tratamiento operatorio disminuye (17). Relacionamos los criterios con la sintomatología y el examen clínico en el paciente como dolor en

hipocondrio derecho acompañado de náuseas y vómitos, hallando en la ecografía una vesícula biliar distendida con algunas litiasis en su interior de hasta 23mm corroborando está a la Colecistectomía Laparoscópica, hallando una vesícula biliar de 16x7 cm conteniendo múltiples cálculos en su interior. Concluimos que las guías de Tokio nos permiten categorizar y seleccionar el tratamiento adecuado, siendo la colecistectomía laparoscópica la más adecuada y segura para la colecistitis aguda leve y moderada.

CAPITULO IV. REFLEXION CRITICA DE LA EXPERIENCIA

Las practicas del internado es una etapa dentro de la carrera de medicina esencial en el desarrollo del estudiante de la carrera, es aquel momento donde se plasma en cada uno de los pacientes de las diferentes áreas, el conocimiento que se fue adquiriendo durante los 7 años de la carrera y ponerlo en práctica para desarrollar, habilidades y así forjar actitudes y aptitudes esenciales para el manejo de las situaciones.

Durante esta etapa es bueno mantener una actitud positiva para aprender a conectar con los pacientes y empatizar, una habilidad que se está perdiendo con el paciente.

Esta etapa es esencial para desarrollar una personalidad médica, habilidades, destrezas, aptitudes y actitudes, que, sumado a los conceptos adquiridos durante los años de estudio, vamos a ser capaces de brindar una atención de calidad, saber actuar ante diversas situaciones críticas y poder administrar mejor los recursos que nos brinda el estado o institución donde ejerzamos nuestra labor.

El Hospital Regional de Cajamarca a pesar de ser un hospital de alto nivel, carece de equipo médico y una infraestructura adecuada, a pesar de eso la rotación por este hospital ha sido muy gratificante gracias a las enseñanzas del cuerpo médico.

Durante el internado nos encontramos en un proceso de formación académica y profesional donde el rol del interno es adquirir conocimientos prácticos y teóricos para una correcta evaluación del paciente por medio del examen clínico así desarrollar habilidades de empatía, comunicación y ética para brindar una atención de calidad al paciente.

Por último, es redundante aclarar la importancia de esta etapa, lo emocionante y gratificante el recibir un gracias por el paciente, satisfecho de su atención.

CONCLUSIONES

- 1- El internado es una etapa importante ya que consolida lo aprendido en los últimos 6 años de la carrera con el último que viene a ser las prácticas hospitalarias, así preparar a las nuevas generaciones de doctores a saber actuar ante diversas situaciones.
- 2- Es en esta etapa donde no solo vamos a acentuar las bases conceptuales sino a la par generar empatía y calidad humana para dar una atención de calidad al paciente
- 3- La importancia de adquirir la mayor cantidad de conocimientos y experiencias de cada una de las especialidades, así estar preparados para las etapas por venir.
- 4-El cuerpo médico es esencial para brindarnos conocimientos a través de sus experiencias y así poder mejorar y brindar una mejor atención. con un diagnóstico acertado.

RECOMENDACIONES

1-Se recomienda evaluar la implementación de áreas exclusivas para mejorar las condiciones de trabajo del interno, áreas de estudio y de descanso durante las guardias, de esta manera poder mejorar el tiempo y la calidad de atención.

2-Se exhorta a las universidades a promover el internado medico fuera de la capital y tener otra perspectiva de la realidad de la medicina en el Perú y de esta forma evaluar casos sugestivos que debido a la deficiencia económica no pueden ser atendidos en hospitales de la capital.

3-Las actividades del interno comienzan desde las 7:00am y en su mayoría terminan a las 5:00pm, por ende, es importante para la correcta función del interno una buena alimentación. Se recomienda la implementación de un plan nutricional que consista en desayuno, almuerzo y cena (en caso de guardias nocturnas) como lo hacen con los demás trabajadores del nosocomio; para evitar el cansancio, estrés o alguna enfermedad digestiva que interfiera con la correcta función del interno.

4-La bioseguridad es importante para evitar entornos de riesgo biológicos, químicos o físicos por ende es importante la correcta implementación de material de seguridad para el interno y así evitar el contagio de enfermedades y contaminaciones cruzadas a la hora del examen clínico.

FUENTES DE INFORMACION

1. Cajamarca GRd. Reseña Historica del Hospital docente de Cajamarca Cajamarca; 2024. Disponible en:
https://www.hrc.gob.pe/media/portal/BRGKY/documento/56878/RESE%C3%91A_2024_PAGINA.pdf?r=1716395299.
2. Yamile.L ,Alfredo.J,Erika.R,Marco.A,Hector.O. Definicion de la presion arterial normal a las 11-14 semanas de la gestacion segun riesgo .Mexico. Archivos de cardiologia de Mexico; 2024.Vol 93,no.1.Disponible en :
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402023000100062
3. Leydi.X, Grace.S, Sixto.I . Hipertensión arterial crónica preexistente como factor de riesgo en preeclampsia. Universidad Tecnica de Machala. Ecuador ;2023.Disponible en : [file:///C:/Users/carlo/Downloads/Dialnet-HipertensionArterialCronicaPreexistenteComoFactorD-9234506%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/carlo/Downloads/Dialnet-HipertensionArterialCronicaPreexistenteComoFactorD-9234506%20(1).pdf)
4. Cesar.E.Guia de practica para el diagnostico y tratamiento de los trastornos hipertensivos en el embarazo.Peru.Hospital Cayetano Heredia, Departamento de Ginecologia y Obstetricia.2022.Disponible en:
https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2023/RD/RD_427-2022-HCH-DG.pdf
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Gestational Hypertention and preeclampsia EE.UU: Pubmed; 2020.Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32443079/>
6. Ricardo.B,Analia.C,Veronica.C,Oscar.M,Natalia.P,Monica.P,Lucas.M,Maria.B.Stat us epileptico: actualizacion en consideraciones clinicas y guias terapeuticas ,Servicio de Neurologia, Hospital General de Agudos.2022.Disponible en :
<https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-estadisticas-S1853002812001413>

7. Franck A,Angel B,Eda J,Zonia N,Daniel G . Características clínicas del estado epiléptico en niños de un hospital de tercer nivel de Lima. (Perú) ; 2022.Vol.85 no4.Disponibe en :
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972022000400271
8. Sonja E,Melissa R,Francisco D,Kathleen B,Maria.L,David R,Pieter A,Mario E.Guía basada en la evidencia. Diagnóstico y manejo del síndrome de Guillain-Barré en diez pasos Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Scielo; 2021.Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802021000500817
9. Carmen D. Características epidemiológicas y clínicas del síndrome de Guillain Barré en niños atendidos en el hospital regional docente de Cajamarca,2016-2021.Universidad nacional de Cajamarca.Cajamarca (perú). 2022.Disponible en :
https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4850/T016_74533372_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Baca S,Ysabel K. Conocimiento y cumplimiento de medidas preventivas para neumonía asociada a Ciudad de Trujillo: Universidad nacional de Trujillo; 2021.Disponible en:
<https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/17023b5b-ba3b-463f-864e-50e716d164f0/content>
11. Emma K,Carolina S,Nataly M,Lilibeth K. Prevención y manejo clínico de la neumonía asociada a ventilación mecánica en unidad de cuidados intensivos Ecuador: Revista científica ; 2022. Disponible en :
[file:///C:/Users/carlo/Downloads/Dialnet-PrevencionYManejoClinicoDeLaNeumoniaAsociadaAVenti-8637965%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/carlo/Downloads/Dialnet-PrevencionYManejoClinicoDeLaNeumoniaAsociadaAVenti-8637965%20(5).pdf)
12. Marco B,Natasha G,Dennis O. Osteomielitis aguda clasificacion, fisiopatologia y diagnostico (SOMEA).Sociedad de medicos de America. Ciudad de San Jose: Revista Médica Sinergia; 2020.Vol.5,No.8.Disponible en :
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/554/920>

13. Llerena Freire LF, Guaman Gavilanes JM, Suárez Caillagua YS. Osteomielitis: abordaje diagnóstico terapeutico Terapéutica. Ecuador; 2019. Disponible en : <https://www.redalyc.org/journal/559/55959379012/55959379012.pdf>
14. Merly.R,Kathya.Q,Lilian.R. Apendicitis aguda: Concordancia clínica, quirúrgica y anatomopatológica en un hospital de emergencias peruano Porres. Ciudad de Lima: Revista de la Facultad de Medicina Humana; 2022. Disponible en : http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312022000300463
15. Eloisa.E,Wendy.Y,Nancy.R. Apendicitis Aguda Ciudad de Hidalgo: Universidad Autonoma de Hidalgo; 2022.Publicacion semestral Vol.10 No.20 (70-82).Disponible en : [file:///C:/Users/carlo/Downloads/7573-Manuscrito-51905-1-10-20220512%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/carlo/Downloads/7573-Manuscrito-51905-1-10-20220512%20(2).pdf)
16. Dr. Salam F Zakko,Neza.A. Colecistitis aguda litiásica: características clínicas y diagnóstico Dr. Sanjiv Chopra, editor.: Uptodate; 2024. Disponible en : <https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis#H26>
17. Alfredo.E,Marta.G,Pablo.M,Elena.C,Ana.P,Maite.S,Helena.S,Jorge.O. Colecistitis aguda litiásica: aplicación de las Guías de Tokio en los criterios de gravedad.Ciudad de Mexico; 2021.Vol 89,No.1.Disponible en : https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2021000100012.

ANEXOS

ANEXO n1. Espectro de manifestaciones clínicas según el tipo de osteomielitis

Tabla 3. Espectro de manifestaciones clínicas según el tipo de osteomielitis		
Episodio Agudo	Manifestación Clínica	Episodio Crónico
++++++	Fiebre	+
+++++	Enrojecimiento	++
++++	Hinchazón	+++
+++	Leucocitosis	++++
++	Fistula	+++++
+	Purulencia	+++++

ANEXO n2. Escala de Alvarado

Síntomas	Valor
<i>Migración del dolor a FID</i>	1
<i>Anorexia</i>	1
<i>Náuseas o vómito</i>	1
Signos	
Dolor en cuadrante inferior derecho	2
Signo de Blumberg (rebote)	1
Fiebre	1
Estudios de laboratorio	
Leucocitos > 10,000/mm ³	2
Neutrofilia > 70%	1
Total de puntuación	10