

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL MILITAR CENTRAL 2024

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR
ESTEBALIZ DIAZ CASTRO
CARLOS SEBASTIAN GUZMAN PERALES

ASESOR

LINCOLN BLACIDO TRUJILLO

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 DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL MILITAR CENTRAL 2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MEDICO CIRUJANO**

PRESENTADO POR

ESTEBALIZ DIAZ CASTRO

CARLOS SEBASTIAN GUZMAN PERALES

ASESOR

M.E. LINCOLN BLACIDO TRUJILLO

LIMA- PERÚ

2025

JURADO EVALUADOR

PRESIDENTE:

DR. HUAMANI DE LA CRUZ, EMMA MERCEDES

MIEMBROS:

DR. TOVAR ROCA, JEFFREE

DR. CANO GAMARRA, SANDRO YANICK

DEDICATORIA

A nuestros padres por la guía y soporte recibidos a lo largo de los siete años de estudios. Al Hospital Militar Central por darnos la oportunidad de desarrollar el internado médico. A la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres, directivos y personal docente, por colaborar con nuestro desarrollo profesional.

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| JURADO EVALUADOR..... | ii |
| DEDICATORIA..... | iii |
| RESUMEN..... | v |
| ABSTRACT | vi |
| INTRODUCCIÓN | vii |
| CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL | 1 |
| CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA..... | 4 |
| CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL | 7 |
| CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA | 72 |
| V. CONCLUSIONES..... | 73 |
| VI. RECOMENDACIONES | 74 |
| FUENTES DE INFORMACIÓN..... | 75 |

RESUMEN

El internado médico es el último año de la carrera de Medicina Humana, que a través de rotaciones hospitalarias busca consolidar los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera, colocando a los internos en escenarios clínicos reales. Luego de la pandemia donde muchos alumnos perdieron la oportunidad de aprender con la práctica, el internado toma el doble de valor para poder desarrollar las habilidades médicas y adquirir experiencia.

El presente trabajo describe conocimiento de casos obtenidos durante este proceso que le dio entre el periodo de enero y diciembre del 2024, en las especialidades de Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Medicina Interna.

Describir y analizar casos clínicos que contribuyeron a los conocimientos adquiridos en las prácticas médicas de las especialidades descritas durante el Internado Médico 2024.

Metodología: Estudio descriptivo. Reporte de casos clínicos. Se recopilaron una serie de casos clínicos correspondientes a los servicios de Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Medicina Interna tratados en el Hospital Militar Central durante el periodo de internado médico 2024. Resultados: Se describen y analizan 16 casos clínicos en representación de las diversas especialidades médicas por las que se realizaron rotaciones. A través del análisis de estos casos clínicos, se han logrado adquirir habilidades que mejoran la capacidad resolutoria y el juicio clínico del futuro médico. Conclusiones: Se logró aprender a través de los casos clínicos mencionados el manejo adecuado de diversas patologías, contrastando lo aprendido a lo largo de la carrera y el criterio de médicos profesionales que velaron por la salud integral de los pacientes atendidos.

Palabras clave: Internado Médico, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna, Cirugía General, casos clínicos

ABSTRACT

The medical internship is the last year of the Human Medicine career, which through hospital rotations seeks to consolidate the knowledge acquired throughout the years, placing interns in real clinical scenarios. After the pandemic where many students lost the opportunity to learn by doing, the internship takes double the value because it allows the student to develop medical skills and gain experience. This work describes knowledge of clinical cases obtained during this process that occurred between the period of January and December 2024, in the specialties of General Surgery, Gynecology and Obstetrics, Pediatrics and Internal Medicine.

Describe and analyze clinical cases that contributed to the knowledge acquired in medical practices of the specialties described during the 2024 Medical Internship.

Materials and Methods: Descriptive study. Report of clinical cases. A series of clinical cases were collected corresponding to the services of General Surgery, Gynecology and Obstetrics, Pediatrics and Internal Medicine treated at the Central Military Hospital during the 2024 medical internship period.

Results: A total of 16 clinical cases are described and analyzed, representing the various medical specialties through which rotations were performed. Through the analysis of these clinical cases, skills have been acquired that improve the resolution capacity and clinical judgment of the future doctor. **Conclusions:** Through the mentioned clinical cases, it was possible to learn the proper management of various pathologies, contrasting what was learned throughout the career and the criteria of professional doctors who ensured the comprehensive health of the patients treated.

Key words: Medical Internship, Gynecology and Obstetrics, Pediatrics, Internal Medicine, General Surgery, clinical cases

ESTEBALIZ DIAZ CASTRO

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL 2024

 My Files

 My Files

 Universidad de San Martín de Porres

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::29427:424709301

Fecha de entrega

29 ene 2025, 2:08 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

29 ene 2025, 4:34 p.m. GMT-5

Nombre de archivo

TSP - ESTEBALIZ DIAZ y CARLOS GUZMAN 2025.docx

Tamaño de archivo

875.6 KB

92 Páginas

22,250 Palabras

127,840 Caracteres




9% 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

- 9%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

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.



NA. 618065500
Lincoln F Blácido Trujillo
MEDICO PEDIATRA
CMP 18196 RNE 11962

DNI: 07234763

ORCID: 0000-0002-1829-3679

<https://orcid.org/0000-0002-1829-3679>

INTRODUCCIÓN

El internado médico marca el último año de la carrera de Medicina Humana, que en nuestro país representa la fase de formación más importante. Durante esa etapa, los internos de medicina consolidan sus conocimientos de etapas anteriores aplicándolos en la práctica en diversos centros hospitalarios, con la supervisión de diversos especialistas médicos, integrándose de este modo como una parte activa del sistema de salud como parte del personal, siendo su principal labor las responsabilidades referentes a la atención y cuidado de los pacientes admitidos.

La formación del médico comienza con el estudio de las ciencias básicas, que son los fundamentos teóricos para comprender el adecuado funcionamiento del ser humano, así como los desequilibrios que pueden provocar distintas patologías. A medida que la formación avanza los alumnos aplican dicha teoría en rotaciones clínicas universitarias, donde analizan y reconocen la práctica del sistema sanitario. El internado médico representa esa culminación. Es el momento de poner en dominio lo aprendido y de participar de manera directa en la atención médica.

El internado médico consta de cuatro rotaciones en las principales especialidades clínico quirúrgicas: Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Medicina Interna. En las cuales los internos se enriquecen en las distintas dimensiones de la atención integral del paciente, desde la anamnesis y el planteamiento diagnóstico hasta elaborar planes de trabajo y/o tratamientos individualizados para cada caso, participando de una manera activa en la gestión del propio centro hospitalario, incluyendo el manejo de la documentación clínica y otros temas administrativos.

El presente trabajo recoge las vivencias y aprendizajes adquiridos durante la estancia en Hospital Militar Central realizado entre enero y diciembre de 2024. A partir de la recolección y análisis de casos clínicos, se pone de manifiesto la madurez académica, profesional y humana alcanzada en este periodo esencial de la formación médica.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

La trayectoria profesional de un médico cirujano se cimienta en una excelente formación académica y en el desarrollo continuo de competencias prácticas que responden a las demandas de la salud pública, siendo el internado médico la culminación de ese desarrollo previo a su inserción en el sistema de salud nacional.

Durante esta última etapa formativa en la carrera, se adquirieron conocimientos fundamentales para la correcta anamnesis, planteamiento de diagnósticos y con ello brindar a los pacientes, junto con la guía de los médicos especialistas, una terapéutica óptima, basada en la evidencia más reciente que puede ofrecer la literatura e investigación médica dentro de las 4 rotaciones principales

El aprendizaje de habilidades tanto prácticas como teóricas se llevó a cabo con la participación activa del interno en los diferentes servicios médicos y sus respectivas aulas docentes, bajo la guía y evaluación de médicos asistentes, acompañados en la mayoría de las veces por residentes. Entre las competencias desarrolladas se destacan:

1. Rotación en Medicina Interna

- a. Correcta evaluación semiológica cardiopulmonar, con la identificación de soplos cardíacos y ruidos agregados pulmonares
- b. Identificación y corrección de desequilibrios hidroelectrolíticos
- c. Identificación de diversos factores de riesgo para enfermedades infectocontagiosas, tales como tuberculosis y dengue
- d. Elección adecuada de antibioticoterapia, basado en la situación del paciente, comorbilidades y patógeno que se sospecha
- e. Realización paracentesis bajo supervisión en el área emergencia en pacientes cirróticos descompensados
- f. Clasificación y curación pertinente del pie diabético y lesiones por presión en pacientes adultos mayores
- g. Realización e interpretación adecuada del electrocardiograma en patologías como IMA, taquiarritmias y bloqueos AV
- h. Conocimiento y adecuado manejo de dispositivos de oxigenoterapia

- i. Identificación de signos radiológicos en patologías neurológicas
2. Rotación de Cirugía General
- a. Realización correcta y minuciosa del examen físico abdominal, siguiendo la guía semiológica de las patologías quirúrgicas.
 - b. Identificaciones clínicas de las principales patologías quirúrgicas, como apendicitis aguda, colecistitis y obstrucción intestinal.
 - c. Sutura de diversas heridas, tanto en pacientes ambulatorios como dentro de sala de operaciones, bajo la supervisión del médico residente.
 - d. Manejo y control de hemorragias en miembros inferiores y superiores.
 - e. Aprendizaje de técnicas de reducción de luxaciones y colocación de yeso y/o férulas en fracturas.
 - f. Técnica para la curación de diversas heridas quirúrgicas, manteniendo la adecuada asepsia.
 - g. Evaluación, diagnóstico e interpretación de exámenes auxiliares, como Doppler arteriales y venosos, en patologías cardiovasculares
 - h. Participación en intervenciones quirúrgicas diversas, desde quistectomías hepáticas hasta cirugía para eliminación de varices.
 - i. Colocación, retiro y manejo de obstrucción de sondas Foley en pacientes urológicos
 - j. Aprendizaje de secuencia de intubación endotraqueal y realización de intubaciones exitosas en sala de operaciones junto al médico anesthesiólogo.
 - k. Entrenamiento en aula de cirugía robótica (DaVinci) y simuladores de laparoscopia.
3. Rotación de Pediatría
- a. Entendimiento de la fisionomía del paciente pediátrico y su semiología propia
 - b. Identificación de las principales patologías respiratorias, tanto virales como bacterianas
 - c. Manejo correcto de las dosis y presentaciones de medicamentos para la población pediátrica

- d. Evaluación y atención del desarrollo del niño sano, teniendo en cuenta los hitos del desarrollo
 - e. Desarrollo de habilidades para la comunicación asertiva con los padres y/o apoderados de los pacientes
 - f. Correcto conocimiento para la atención y cuidados del recién nacido
4. Rotación de Ginecología y Obstetricia
- a. Identificación de los principales factores de riesgo para las infecciones ginecológicas, además de su tratamiento bajo las recomendaciones actuales.
 - b. Participación en la consejería de salud reproductiva, instruyendo sobre el uso y métodos anticonceptivos
 - c. Realización de especuloscopías y tomas de Papanicolau, bajo supervisión del especialista
 - d. Colocación y retiro de implantes subdérmicos
 - e. Atención integral de las gestantes en colaboración del servicio de obstetricia
 - f. Atención del trabajo de parto vaginal y parto por cesárea.
 - g. Participación en sala de operaciones para resolución patologías como distocias, tumores anexiáleses, abortos incompletos, entre otras.

Además de las capacidades y procedimientos mencionadas, el interno adquirió diferentes principios como el respeto a la dignidad de los pacientes, la empatía, la confidencialidad y el compromiso por lograr una atención médica de excelencia. Esto refleja un proceso integral en el apartado académico que se desarrolla continuamente y está orientado a la formación de médicos humanísticos y dedicados a lograr el bienestar, no solo en sus pacientes, sino también en su ambiente laboral y personal.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El internado médico 2024 se efectuó durante 12 meses dentro de las instalaciones del Hospital Militar Central "Coronel Luis Arias Schreiber", situado en la Av. José Faustino Sánchez Carrión s/n en el distrito limeño de Jesús María, catalogado como un centro sanitario especializado nivel III-1 y que dispone de servicios para la salud para el personal y familia militar del Estado Peruano.

La organización del hospital está orientada a la eficiencia asistencial, bajo responsabilidad de la dirección médica y el funcionamiento administrativo a cargo de su dirección y departamentos correspondientes. La dirección general, con apoyo de la inspección del ejército, regulan los procesos que ocurren dentro del nosocomio realizadas por ambas direcciones mencionadas.

La dirección médica está conformada principalmente por los departamentos de medicina, cirugía, apoyo al diagnóstico y tratamiento y áreas críticas.

El departamento de medicina se subdivide en los servicios de cardiología, nefrología, neumología, gastroenterología, medicina interna, reumatología, endocrinología, salud mental, psicología, pediatría, dermatología, entre otros.

El departamento de cirugía corresponde a los servicios de centro quirúrgico, cirugía general, ginecología y obstetricia, cirugía de tórax y cardiovascular oftalmología, otorrinolaringología, cirugía plástica y quemados, traumatología neurocirugía y urología

El departamento de apoyo al diagnóstico y tratamiento se compone de los servicios de anatomía patológica, laboratorio, banco de sangre y hemoterapia, farmacia, rehabilitación física, trabajo social, imágenes y medicina nuclear.

Finalmente, el departamento de áreas críticas incluye a los servicios de emergencia y cuidados intensivos polivalentes.

El HMC actualmente cuenta con la infraestructura presente desde su inauguración, con diversas actualizaciones y remodelaciones en diferentes áreas y servicios. El edificio principal, dedicado al servicio asistencial, consta de un corredor único con 3 pabellones transversales denominados con las primeras letras del abecedario (A, B y C). Estos pabellones se subdividen hasta máximo tres áreas y se enumeran de izquierda a derecha. Los pabellones A y B cuentan

con 4 pisos, mientras que en el pabellón C existen 5 pisos. Junto a este complejo, se encuentran 2 edificaciones dedicadas principalmente al área administrativa.

En el primer piso se encuentran los consultorios externos, agrupados principalmente en toda la extensión del pabellón A. Los servicios de imágenes (radiografías, ecografías y exámenes especiales) y área de rehabilitación están ubicados en el pabellón B. El área de emergencia o “Rotonda”, trauma shock, banco de sangre, laboratorios (microbiología, micología, parasitología, control de TBC) y farmacia ocupan los espacios del pabellón C. En el corredor principal se pueden encontrar algunas oficinas administrativas y directivas del hospital. El área del subsuelo del hospital alberga los servicios de nefrología, junto con el área de hemodiálisis recientemente modernizada y los laboratorios de anatomía patológica.

El segundo piso se encuentran las áreas de hospitalización de los servicios de ginecología y obstetricia, pediatría, cirugía plástica, traumatología y medicina interna – “Clínica de Mujeres”, donde se da atención a oficiales femeninas y/o madres, cónyuges, hijas de oficiales del ejército. El área de gastroenterología es la remodelación más reciente del hospital, implementados con modernos equipos para realizar procedimientos invasivos, así como nuevos ambientes de hospitalización.

En el tercer piso está dedicado en su mayoría al campo quirúrgico (cirugía general y neurocirugía) y de cuidados intensivos (cuidados intensivos polivalentes y coronarios) servicio que mantiene acceso restringido a internos de medicina. Adicional a estos ambientes, se encuentra el servicio de medicina interna varones e infectología, donde se encuentran hospitalizados oficiales varones y/o padres, cónyuges, hijos, así como la zona de atención exclusiva para personal militar con grado de general, que alberga pacientes de diferentes especialidades médicas.

En el cuarto piso está localizado el centro quirúrgico que cuenta con diferentes salas de operaciones dedicadas e implementadas para las necesidades de cada especialidad, haciendo un total de 9 salas totalmente equipadas para procedimientos quirúrgicos de alta complejidad.

El último piso está dedicado específicamente para la atención y hospitalización de pacientes del servicio de salud mental, siendo el piso como mayor seguridad para su ingreso, ya que solo permite el acceso personal autorizado.

El personal que conforma el servicio asistencial del HMC comienza con los médicos especialistas, o comúnmente llamados médicos asistentes, continuando con los médicos residentes, internos de medicina y externos de medicina, apoyados por enfermeras y técnicas de enfermería.

Al ser un hospital con personal médico militar y civil, existen una jerarquía paralela a la estructura médica tradicional. Los médicos militares o asimilados responden directamente a sus superiores en rango, independientemente del rol que desempeña como médico (residente o especialista). Sin embargo, no es habitual que esta situación impida la coordinación y organización de los diversos servicios médicos.

Los médicos especialistas son el personal médico de más alto rango dentro de la jerarquía médica. Dentro del escalafón militar, tiene además la responsabilidad de asumir el puesto de jefe de guardia en emergencia y de ocupar las jefaturas de servicios y departamentos médicos, dependiendo del grado militar que tengan. Sus funciones radican en la docencia, verificación y corrección del plan de trabajo planteado por sus médicos residentes, el seguimiento del estado de salud de los pacientes a su cargo y ciertas labores administrativas.

Los médicos residentes civiles mantienen su jerarquía dependiendo del año académico que cursan. Los médicos residentes militares por su parte cuentan con los años de servicio dentro de su grado para jerarquizarse y realizan guardias especiales en emergencia como médicos de piso. Una de sus funciones se encuentra la organización de los grupos de internos de medicina rotantes, pudiendo apoyar con las actividades académicas y siendo la primera fuente de conocimiento para el desarrollo de procedimientos en la práctica clínica.

Los internos de medicina forman parte del equipo de trabajo médico. Su función se basa en el apoyo a sus residentes mientras realizan actividades administrativas y asistenciales, mientras consolidan los conocimientos teóricos y prácticos en el ejercicio del acto médico y diversos procedimientos.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación de Cirugía General

Caso N.º1 (NA: 108333300)

Paciente masculino de 67 años es programado y hospitalizado para Hernioplastia incisional de Hernia Umbilical, la cual según refiere se produjo hace 12 meses luego de realizar esfuerzo en su ámbito de trabajo cargando cajas pesadas.

Antecedentes

- Familiares: Niega
- Patológicos: HTA
- Quirúrgicos: Colectomía Laparoscópica hace +/- 12 meses
- RAM: Niega

Funciones biológicas

- Apetito conservado, sed ligeramente aumentada, diuresis conservada, ritmo evacuatorio habitual, sin alteración en patrón de sueño

Examen físico

- General: ABEG, ABEN, ABEH. Ventilando espontáneamente.
- Funciones vitales:
 - PA: 120/60 mmHg
 - FC: 60 lpm
 - FR: 18 rpm
 - T: 36.2°C
 - SatO₂: 97%
- Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2". No cianosis, ni ictericia
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos agregados
- Tórax y pulmón: simétrico, amplexación conservada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No hay ruidos agregados.
- Abdomen: masa umbilical de aproximadamente 2cm, RHA (+), Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda

- Genitourinario: PPL (-), PRU (-)
- Neurológico: Despierto, activo y orientado. No hay focalizaciones. No signos meníngeos.

Exámenes auxiliares

| Parámetro | Valor | Parámetro | Valor |
|-------------|---------------------------------------|---|----------------------|
| Hemoglobina | 14.6 g/dL | Urea/Creatinina | 17 mg/dL, 0.39 mg/dL |
| Hematocrito | 44% | TP/INR | 12.8 seg, 1.14 |
| Leucocitos | 6,3 x 10 ³ mm ³ | Grupo y factor | A+ |
| Plaquetas | 178 x 10 ³ mm ³ | Examen de orina | No patológico |
| Glucosa | 102 mg/dL | Serología (HIV, Sífilis, Hepatitis B y C) | No reactivos |

Fuente: Historia Clínica de HMC – Servicio de Cirugía General

Interconsulta

- Anestesiología: Riesgo ASA II

Impresión diagnóstica

- Postoperado de Eventroplastía Incisional + corrección de diástasis de rectos abdominales por Eventración umbilical + diástasis de rectos

Reporte operatorio

- ✓ Diagnóstico preoperatorio: hernia umbilical + diástasis de rectos abdominales
- ✓ Diagnóstico posoperatorio: Eventración umbilical + diástasis de rectos abdominales
- ✓ Operación realizada: Eventroplastía Incisional umbilical + corrección de diástasis de rectos abdominales + Malla de polipropileno + Dren Hemovac
- ✓ Hallazgos operatorios: Defecto eventrógeno umbilical de +/- 3 cm de diámetro. Contenido del saco eventrógeno con epiplón. Diástasis de rectos abdominales de +/- 3 cm en toda la línea media.

Tratamiento

- Dieta blanda amplia hiposódica Hiperproteica + LAV, proteína: 167g/día

2. Ketoprofeno 100 mg EV c/8h
3. Antibioticoterapia: Ceftriaxona 1g EV c/12h
4. Levosulpiride 25mg EV c/08h
5. Esomeprazol 20 mg VO c/24h
6. Candesartán 16 mg VO c/12h
7. Lactulosa 20 cc diluidos en 200 cc de agua VO c/12h
8. Deambulaci3n asistida
9. Control de drenaje en hoja aparte
10. Paracetamol 1g EV PRN a dolor intenso
11. Control de funciones vitales + Balance Hidroelectrol3tico

La diástasis abdominal se define como el distanciamiento mayor de 2 cm de los músculos rectos abdominales, generalmente ocasionada por una debilidad y adelgazamiento en la línea alba. Por otro lado, la hernia umbilical es una protuberancia producida por una porci3n del intestino que sale a trav3s de un área débil de los músculos abdominales.(1)

Para diagnosticar se toma en cuenta el examen cl3nico y la adecuada palpaci3n abdominal, para una medida aproximada de la separaci3n de los rectos, que aproximadamente debe ser mayor o igual a 2 dedos y medio. Como estudios complementarios se suele solicitar una ecograf3a de pared abdominal. (1)

Actualmente existe limitada evidencia que recomiende la terapia conservadora como tratamiento de primera l3nea, la cual consiste en fisioterapia para reducir la distancia entre los músculos. (1)

En relaci3n con el área quir3rgica, existe la t3cnica de reparaci3n endosc3pica pre-aponeur3tica (REPA), la cual es utilizada para tratar simultáneamente hernias umbilicales o ventrales y diástasis de rectos, como se podr3a haber realizado en el caso presentado. Se recomienda utilizar la t3cnica para evitar recidivas y adem3s dejar mejores resultados est3ticamente en el paciente, así como reducir el riesgo de sangrado y ser lo más mínimamente invasivos posible, utilizando una malla de polipropileno. Dentro de sus complicaciones la más frecuente suele ser la formaci3n de seromas, hipoestesias y entre las menos frecuentes se encuentra la isquemia de la piel en la zona umbilical. (2)

Caso N.º 2 (NA: 301139900)

Paciente masculino de 96 años es trasladado por pariente al tópico de medicina interna de emergencia del HMC porque desde hace +/- 1 día su hijo notó que el paciente presenta disuria y orina fétida, por lo que pasa a observación en rotonda para descarte de ITU y cateterismo vesical. Posteriormente se evidencia orina turbia con contenido fecaloide en bolsa colectora, por lo que se amplían estudios de imágenes y pasa por interconsulta al servicio de Cirugía General para manejo quirúrgico una Fístula Entero vesical.

Antecedentes

- Familiares: hija con DM2, hijo con NM de próstata
- Patológicos: Demencia, Hiperplasia prostática benigna, Fibrosis Pulmonar, ITU a repetición
- Quirúrgicos: Apendicectomía, Prostatectomía Parcial por HBP (hace 30 años)
- RAM: Penicilina

Funciones biológicas

- Apetito disminuido, sed aumentada, orina fétida con contenido fecaloide, ritmo evacuatorio alterado, tendencia al sueño

Examen físico

- General: AMEG, AMEN, AMEH. Ventilando espontáneamente.
- Funciones vitales:
 - PA: 110/60 mmHg
 - FC: 75 lpm
 - FR: 19 rpm
 - T: 36 °C
 - SatO₂: 95%
- Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2". No cianosis, ni ictericia, palidez +/+++
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
- Tórax y pulmón: simétrico, amplexación conservada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. Leves crépitos en ambos hemitórax.

- Abdomen: levemente distendido, con cicatriz de McBurney en FID, RHA (+), blando, depresible, se palpa globo vesical, dolor a la palpación en cuadrante inferior izquierdo
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-)
- Neurológico: Despierto, activo y orientado. No hay focalizaciones. No signos meníngeos. Glasgow 14/15.

Exámenes auxiliares

TEM Abdomen Superior con contraste:

- ✓ Imagen sacular en región pélvica entre el colon sigmoidees y la vejiga, con trayecto fistuloso hacia colon sigmoidees, podría corresponder a colección por fístula entero vesical vs. Divertículo gigante, correlacionado con antecedentes.
- ✓ Aneurisma de aorta abdominal e iliacas comunes.
- ✓ Masa adrenal izquierda sugestiva de adenoma.
- ✓ Hepatopatía crónica difusa con hepatomegalia.
- ✓ Quistes hepáticos.
- ✓ Quiste renal izquierdo. Bosniak I.
- ✓ Dilatación del conducto de Wirsung en la cola pancreática.
- ✓ Aplastamiento de D12.

Cistoscopia:

- ✓ Se evidencia vejiga con trabeculación severa, congestiva, con detritus y calcificaciones, no fistula, no masa. Se evidencia adenoma prostático que obstruye 80cc con predominio de lóbulo izquierdo.

Ecografía abdomen completo

- ✓ Hepatopatía
- ✓ Colecistitis crónica calculosa
- ✓ Resto de órganos conservados

Laboratorios

| Parámetro | Valor | Parámetro | Valor |
|-------------|--|---|--|
| Hemoglobina | 8.8 g/dL | Urea/Creatinina | 17 mg/dL, 0.39 mg/dL |
| Hematocrito | 27% | TP/INR | 13.8 seg, 1.08 |
| Leucocitos | 4,3 x 10 ³ mm ³ (73% de segmentados) | Proteínas | Totales 4.69, Albúmina 2.28 |
| Plaquetas | 128 x 10 ³ mm ³ | Electrolitos | Na ⁺ 140, K ⁺ 2.3, Cl ⁻ 103.5 |
| Glucosa | 92 mg/dL | Examen de orina | ≥100 leucocitos, 30 – 35 hematíes, nitritos (-) |
| | | Serología (HIV, Sífilis, Hepatitis B y C) | No reactivos |

Fuente: Historia Clínica de HMC – Servicio de Cirugía General

Reporte operatorio

- ✓ Diagnóstico preoperatorio: Fístula colovesical
- ✓ Diagnóstico postoperatorio: Fístula colovesical + Diverticulitis
- ✓ Operación realizada: Laparoscopia diagnóstica + colostomía tipo Hartmann
- ✓ Hallazgos operatorios: Gran masa que compromete vejiga y sigmoides firmemente adheridos entre sí, ocupando toda la pelvis y mesogastrio y algunas asas delgadas adheridas. Mesenteritis retráctil en meso de colon descendente.

Impresión diagnóstica

- Postoperado de laparoscopia exploratoria + colostomía tipo Hartmann por Fístula colovesical
- Sepsis por foco respiratorio, d/c genitourinario
- Infección de vías urinarias complicada

Tratamiento

- Dieta blanda triturada hiperproteica + LAV, rica en fibra

- Nutriente enteral proteína lactosuero en 80cc de agua c/12h
- Cefotolozano 1gr + tazobactam 0.5mg 01 amp EV c/8h
- Levosulpiride 25mg 01 amp EV c/12h
- Memantina 10mg 01 tab VO c/24h
- Complejo B 01 tab VO c/24h
- Enoxaparina 40mg 01 amp SC c/24h
- Hidrocortisona 125mg 01 amp EV c/8h
- NBZ con salbutamol 10 gts + SF 05 cc c/12h
- Ciclopirox 8% laca aplicar en todas las uñas de manos y pies incluyendo pliegues por la noche
- Aspiración de secreciones a demanda
- Aplicar trolamina en lesión en dorso
- Neurobion 1000 UI 01 amp IM c/24h
- Quetiapina 25mg ½ tab VO c/24h por la noche
- Solución salina 0.9% 100 cc + Cloruro de Potasio 20% 8 cc + Lidocaína S/E 1cc, pasar lento EV I-II
- Polietilenglicol 17 mg diluido en 150 cc de agua c/12h
- Control de funciones vitales + Balance Hidroelectrolítico

La diverticulosis es la formación de sacos en la mucosa y submucosa intestinal, que traspasan la capa muscular menos gruesa, la cual generalmente viene a ser por donde los vasos sanguíneos penetran la pared intestinal. Es un diagnóstico frecuente, que generalmente no produce sintomatología en los pacientes. La diverticulitis por otro lado es la inflamación del divertículo, la cual sí produce un cuadro clínico que puede incluir dolor en fosa iliaca izquierda, malestar general, fiebre, masa palpable en hemiabdomen inferior, PCR elevada, leucocitosis, entre otros. (3,4)

La incidencia de diverticulosis tiene una incidencia de 63% en pacientes mayores de 70 años. La zona que suele verse más afectada es en el sigmoide, pero en Asia se han descrito mayor cantidad de casos en el colon ascendente. Así mismo, aproximadamente un 25% de los pacientes que presentan enfermedad diverticular en algún momento de su vida desarrollan un cuadro de diverticulitis aguda, como en el caso del paciente mencionado, esto ocurre por la obstrucción de un divertículo, generalmente por un fecalito o alimentos mal digeridos, que

genera daño en la mucosa intestinal, inflamación de la zona y sobrecrecimiento de bacterias en el área, produciendo así isquemia, necrosis local y micro perforaciones que compromete el estado clínico del paciente. (4)

La clasificación de Hinchey permite diferenciar la severidad clínica de la diverticulitis aguda y enfocar el manejo que debe recibir el paciente: (3)

- Estadio 0: diverticulitis clínica leve
- Estadio 1^a: flemón pericólico
- Estadio 1b: Absceso pericólico
- Estadio 2: Absceso pélvico, intraabdominal o retroperitoneal
- Estadio 3: Peritonitis purulenta
- Estadio 4: Peritonitis fecaloide

Las personas con diverticulitis aguda pueden manifestar como complicaciones la formación de abscesos, obstrucciones intestinales, peritonitis que se da por las micro perforaciones o perforaciones que se forman en la mucosa intestinal y fístulas que se comunican con mayor frecuencia entre el colon y la vejiga, pero en pacientes femeninas puede comunicarse con la vagina. En el caso mencionado se estuvo frente a una diverticulitis Hinchey IV, complicada con fístula entero vesical. Las fístulas suelen verse en 2-12% de casos y las más comunes siendo un 68% son las colovesicales, generando signos como la fecaluria, neumaturia o disuria. (5,6)

El diagnóstico es clínico, apoyado en estudios de imágenes como la ecografía abdominal como estudio de imagen inicial, sobre todo para casos leves y la tomografía como técnica de preferencia en casos más complicados, ya que tiene una sensibilidad del 99% y una especificidad del 95%. En el paciente mencionado se solicitaron ambos estudios. Para el caso de pacientes con enfermedad diverticular no complicada existe un procedimiento radiológico que utiliza bario y aire para obtener imágenes radiológicas, siendo el método de elección. La colonoscopia también permite identificar los divertículos, pero suele ser de forma incidental, ya que en casos complicados como el del paciente no se recomienda su uso por riesgo de perforación. (5)

Con relación al manejo, la fístula colovesical, tiende a acompañarse de hipokalemia, acidosis metabólica, infecciones urinarias a repetición, pielonefritis

en un 15% de casos, hiperglucemia, déficit de vitamina D, entre otros. Es por ello que el manejo de esta complicación dada en el caso es multidisciplinario, por la relación a la infección de tracto urinario y peritonitis es necesario el uso de antibioticoterapia, pero cabe mencionarse que, según diversos estudios, el uso de antibióticos en la diverticulitis sin complicación podría no tener efecto sobre el desarrollo de complicaciones, la recurrencia de enfermedad y de igual manera se puede llegar a tener una necesidad quirúrgica. En caso de diverticulitis complicadas como el caso mencionado, es importante la intervención quirúrgica para encontrar el trayecto fistuloso, resecarlo, realizar un cierre primario y una ostomía, ya que la edad y factores nutricionales propios del paciente probablemente hubieran sido impedimento para una correcta anastomosis del segmento intestinal que está siendo intervenido. (7,8)

Caso N.º3 (NA 112855821)

Paciente mujer de 60 que es admitida al servicio para acto quirúrgico a causa del hallazgo incidental de múltiples lesiones quísticas en hígado luego realizarse un estudio tomográfico abdominal parte de un chequeo médico anual hecho 2 mes aproximadamente del ingreso. Menciona que realizó viaje a la ciudad de Iquitos, pero no consumió comidas fuera del hotel donde se alojó. Previamente, ha permanecido en la ciudad de Trujillo durante los últimos 20 años.

Funciones biológicas: Sin alteraciones

Antecedentes:

- Generales: viaje reciente a selva peruana
- Patológicos: Niega
- Quirúrgicos: Niega
- Familiares: Ambos padres fallecidos. Aparentemente sin alguna patología.
- Alergias/RAMs: Niega
- Hábitos nocivos: Niega

Examen físico:

- General: ABEG, ABEH, ABEN, ventilando espontáneamente
- Funciones vitales:

- PA: 125/70 mmHg
- FC: 77 lpm
- FR: 16 rpm
- T°: 37°C
- SatO₂: 98%
- Piel: Tibia, elástica, hidratada, no palidez. Llenado capilar < 2 seg.
- Tórax y pulmón: Simétrico, amplexación conservada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos agregados.
- Abdomen: Plano. RHA (+), blando, borde hepático se palpa aproximadamente 4 – 5 cm por debajo del reborde costal, no dolor a la palpación superficial y/o profunda. Timpanismo conservado.
- Neurológico: Despierta, activa y orientada. ECG 15/15. No signos meníngeos o de focalización.

Laboratorios

| Parámetros | Valor | Parámetros | Valor |
|-------------|---|--------------------|--|
| Hemoglobina | 13.9 g/dL | Grupo y factor | B+ |
| Hematocrito | 42% | TP/INR | 13 seg – 1.05 |
| Leucocitos | 9.0 x 10 ³ mm ³ (3.5% de eosinófilos) | Bilirrubinas | Total 0.54 mg/dL, directa 0.18 mg/dL, indirecta 0.36 mg/dL |
| Plaquetas | 312 x 10 ³ mm ³ | Fosfatasa alcalina | 127.9 |
| Glucosa | 89 mg/dL | TGO/TGP/GGTP | 37.4, 67.8, 29.0 |
| Urea | 28 mg/dL | Serología (ELISA) | Positivo para <i>E. granulosus</i> |
| Creatinina | 0.71 mg/dL | Examen de orina | No patológico |

Fuente: Historia Clínica de HMC – Servicio de Cirugía General

Imágenes

- Tomografía abdominal: Se evidencia dos lesiones quísticas en segmento hepático III, la primera de 6 x 5 x 6 cm de diámetro, con un componente líquido heterogéneo y de pared definida. El segundo quiste presenta dimensiones de 20 x 16 x 19 cm aproximadamente, con líquido

heterogéneo, múltiples septos internos. Formaciones quísticas evaluadas sugestivas de hidatidosis hepática.

La paciente es admitida en el servicio de hospitalización de cirugía general y se le programa para una laparotomía exploratoria y quistectomía hepática múltiple. Ingres a sala de operaciones con la autorización y evaluación previa de los servicios de cardiología, neumología y anestesiología. Posterior al posicionamiento del paciente, la asepsia y antisepsia, se hace una incisión mediana supraumbilical de la pared abdominal para exponer la cavidad abdominal y el segmento III hepático. Se logra visualizar en primera instancia el lóbulo hepático en el cual se aprecia los quistes hidatídicos, además de alrededor de seis quistes (1 – 2 cm diámetro) simples los cuales son aspirados y conjuntamente destechados en el segmento VIII.

Se utilizó la técnica PAIR (punción, aspiración, inyección y respiración) para el manejo de los quistes hidatídicos. No hubo complicaciones durante la operación, se cierra por planos nuevamente la pared abdominal previo control de hemostasia, y es trasladada a unidad de recuperación postanestésica.

Terapéutica post operación

1. NPO por 4h, luego dieta líquida a tolerancia
2. Esomeprazol 40 mg EV cada 24 horas
3. Dextrosa 5% 1000 cc EV → 30 gotas x min
 - a. NaCl 20% 2 ampolla EV
 - b. KCl 20% 1 ampolla EV
4. Ceftriaxona 1g cada 12 horas EV
5. Ketoprofeno 100 mg cada 8 horas EV
6. CFV
7. Evaluación por infectología para indicaciones de alta

La paciente permaneció aproximadamente 7 días en hospitalizada. Para su quinto día, se presentaba afebril, tolerando dieta por vía oral, dolor leve y moderado al deambular, sin presentar otras interurrencias, herida operatoria sin signos de flogosis. Previa al alta médica, se recibe interconsulta de infectología para manejo farmacológico posterior al acto quirúrgico en el que se le programa ciclos de albendazol con vigilancia de enzimas hepáticas cada 6 meses.

Finalmente, la paciente es dada de alta en su séptimo día con una evolución favorable.

Los quistes hidatídicos hepáticos, también conocidos como equinococosis quística, son infecciones provocadas por el parásito *Echinococcus granulosus*. Esta enfermedad es común en áreas rurales donde se crían ovejas, especialmente en regiones como América del Sur, Europa del Este, Rusia, Oriente Medio, Asia Central, China, Australia y África Oriental. (9,10)

La infección es accidental al estar expuestos a alimentos, agua o suelo contaminados, o al ingerir carne infectada, como ovejas o vacas. Una vez dentro del cuerpo humano, los huevos eclosionan en el intestino delgado, liberando larvas (oncosferas) que penetran las capas del intestino y viajan al sistema venoso portal, afectando principalmente el hígado y los pulmones. (11,12)

Estos quistes suelen crecer lentamente y, por lo general, no presentan síntomas en las etapas iniciales. Sin embargo, los quistes grandes pueden causar molestias abdominales, dolor, ictericia (coloración amarilla de la piel) o incluso inflamación de los conductos biliares (colangitis) debido a la compresión. En el caso expuesto, no se pudo dilucidar el momento en que el pudo haber contraído la infección, sumado que no presentó sintomatología y los exámenes de laboratorio no aportaron mucha información, solo hasta el resultado del ELISA positivo. Si el quiste se rompe, puede ocasionar síntomas graves como reacciones alérgicas severas o incluso anafilaxia, lo que puede derivar en peritonitis, o choque séptico. Este factor fue el más importante al momento de realizar la aspiración del quiste en sala de operaciones por parte del cirujano jefe. (10,13)

El manejo de estos quistes varía según sus características. Las opciones pueden ir desde la extracción simple del quiste hasta una cirugía más radical conocida como periquistectomía. En casos más complejos, puede ser necesario extirpar parte del hígado para eliminar por completo la infección. Las técnicas mínimamente invasivas, como la laparoscopia, son cada vez más populares porque permiten una recuperación rápida y un menor tiempo de hospitalización. Sin embargo, no todos los pacientes son candidatos ideales para estas técnicas. Otra opción menos invasiva es el procedimiento PAIR, que implica punción,

aspiración del contenido del quiste, inyección de un agente para eliminar al parásito, el cual fue hipersodio (NaCl 20%) y aspiración del líquido. Sin embargo, este procedimiento está contraindicado en casos donde los quistes se comunican con los conductos biliares o presentan fístulas, condiciones que no se encontraban en la paciente. (10,14,15)

El desenlace de la enfermedad depende del tamaño y la ubicación del quiste, así como de posibles complicaciones como las fístulas biliares, que son más frecuentes en casos con ictericia obstructiva. En centros especializados, las complicaciones postoperatorias son manejables y las recurrencias poco frecuentes. Sin embargo, la ruptura repentina de un quiste en el abdomen puede ser una emergencia grave que requiere atención inmediata de un equipo multidisciplinario. (15,16)

Caso N.º4 (NA:118553500)

Paciente masculino de 45 años de edad llega a emergencia del HMC referido de Iquitos, se hospitaliza por el servicio de gastroenterología por cuadro de Pancreatitis aguda necrotizante, luego de fallar el tratamiento médico es tratado interdisciplinariamente entre Cirugía General y UCI Polivalente para soporte nutricional parenteral parcial + estudio de probable colección infectada.

Antecedentes

- Familiares: niega
- Patológicos: niega
- Quirúrgicos: niega
- RAM: niega

Funciones biológicas

- Apetito disminuido, sed conservada, diuresis adecuada, sin realizar deposiciones, patrón de sueño alterado (somnoliento)

Examen físico

- General: AMEG, AMEN, AMEH. Ventilando espontáneamente.
- Funciones vitales:
 - PA: 120/80 mm Hg

- FC: 86 lpm
 - FR: 13 rpm
 - T°: 37.3 °C
 - SatO₂: 98%
- Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2". No cianosis, ni ictericia, palidez ++/+++
 - Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
 - Tórax y pulmón: simétrico, MV pasa disminuido a predominio de ambas bases pulmonares, no ruidos agregados
 - Abdomen: globuloso, blando, depresible, RHA (abolidos), dolor a la palpación profunda, timpanismo disminuido
 - Genitourinario: PPL (-), PRU (-)
 - Neurológico: despierto, desorientado, tendencia al sueño, responde al llamado, mioclonías

Exámenes auxiliares

| Parámetros | Valor | Parámetros | Valor |
|-------------|--|------------------------------------|---|
| Hemoglobina | 9 g/dL | Creatinina | 2.42 mg/dL |
| Hematocrito | 29% | Grupo y factor | O+ |
| Leucocitos | 22.2 x 10 ³ mm ³ | TP/INR | 14.7 seg – 1.21 |
| Plaquetas | 365 x 10 ³ mm ³ | Proteínas | Totales 4.69, Albúmina 1.68 |
| Glucosa | 89 mg/dL | Serología (VIH, VHB, VHC, Sífilis) | No reactivo |
| Urea | 92.3 mg/dL | Electrolitos | Na ⁺ 136 mmol/L, K ⁺ 3.1 mmol/L, Cl ⁻ 102 mmol/L |

Fuente: Historia Clínica de HMC – Servicio de Cirugía General

Reportes operatorios

- PO59 laparoscopia diagnóstica convertida + drenaje de colección purulenta + necrosectomía de páncreas + LCP + colocación de dren tubular + colocación de dren Penrose
 - Hallazgos operatorios 11/02/24: Líquido purulento en cavidad de +- 100 cc en espacio perihepático, parietocólicos e interasas, colección de aproximadamente 120 cc de contenido purulento en

mesocolon, páncreas necrosado con abundante detritus y colección purulenta. Se evidencia tubo de drenaje percutáneo obstruido.

- PO49 Laparoscopia exploratoria convertida + drenaje de absceso supra aórtico + colocación de dren laminar + colocación de dren tubular
 - Hallazgos operatorios 22/02/24: Colección purulenta de +/- 150cc en raíz supra aórtica. Se hará revisión sistémica por espacios. Se visualiza el páncreas con cuerpo viable. A nivel de drenes pancreáticos no se evidencia tejido neurótico ni colección. No líquido libre
- PO32 videolap convertida + drenaje de colección pre aórtica y colocación de dren Pigtail en colección pancreática + LCP + ampliación de aponeurosis + colocación de Dren Blake Supra Aponeurótico
 - Hallazgos operatorios 10/03/24: Colección pre aórtica (espacio aortomesentérico) de líquido purulento de +/- 30cc. Colección pancreática de contenido purulento +/- 150 cc.
- PO16 (26/03/24) RELE + Lavado de pared + ecografía intrasop + colocación de sonda de alimentación por perforación intestinal eco guiada + colocación de Condón de Rivera + colocación de sistema VAC
 - Hallazgos operatorios 26/03/24: Abierta herida operatoria se evidencia colección intestinal +/-300 cc en pared abdominal que diseca aponeurosis. Se visualiza perforación intestinal abocada a aponeurosis que diseca a pared
- PO 06 (05/04/24) Cierre de fístula + colocación de mamila + dren Hemovac
 - Hallazgos operatorios 05/04/24: Se evidencia condón de rivera permeable ligera fuga a nivel de la rafia, abdomen bloqueado Bjorck 4, pared limpia, dren Pigtail permeable

Impresión diagnóstica

- Sepsis PP Abdominal
- PO (12/02/2024) Laparoscopía convertida + drenaje de colección + Necrosectomía de Páncreas

- PO (22/02/2024) Laparoscópica convertida + drenaje de absceso supraaórticos Colocación de dren.
- PO (10/03/2024) de Videolap convertida + drenaje de colección paraaórtica + colocación de dren pigtail en colección pancreática + LCP.
- PO (26/03/2024) re laparotomía exploratoria + lavado de pared + ecografía intrasop + colocación de sonda de alimentación por perforación intestinal ecoguiada + colocación de condón de rivera + colocación de sistema VAC
- PO (26/03/2024) relaparotomía exploratoria + lavado de pared + ecografía intrasop + colocación de sonda de alimentación por perforación intestinal eco guiada + colocación de condón de rivera + colocación de sistema VAC
- PO (05/04/24) Cierre de fístula + colocación de mamila + dren hemovac
- Desnutrición calórico proteico: Hipoalbuminemia
- Infección de sitio operatorio
- Anemia moderada

Tratamiento principal (Antibioticoterapia):

- Piperacilina/Tazobactam 4.5 gr ev c/6 hrs: inicia 18/01/2024- 20/01/2024
- Meropenem 2 gr ev cada 8 hrs: inicia 21/01/2024 al 11/02/2024
- Linezolid 600 mg ev c/12 hrs: inicia 25/01/2024 - al 01/01/2014
- Tigeciclina 50 mg ev cada 12 hrs: inicia 27/01/2014 dosis única
- Caspofungina 50 mg ev cada 24 hrs: inicia 30/01/2024 al 10/02/2024
- Ertapenem 1gr c/24 hrs ev: inicia 12/02/2024 al 13/02/2024
- Ceftazidima/Avibactam 2.5 gr c/12 hrs ev: inicia 14/02/2024 al 24/02/2024
- Metronidazol 500 mg ev c/8 hrs: inicia 14/02/2024 al 24/02/2024
- Colistina 150 mg ev c/12 hrs: inicia el 25/02/2024 – 07/04/2024
- Caspofungina 50 mg ev c/24h: inicia el 24/03/2024- 07/04/2024
- Ceftazolano/Tazobactam 1.5 mg amp c/8h -> día 7
- Isoconazol 200 mg amp c/ 24h -> día 7

La pancreatitis aguda se define como un trastorno intracelular donde se presenta una inflamación severa de células pancreáticas, la etiología más común se relaciona a la presencia de cálculos biliares que pasan al colédoco y obstruyen el paso normal de las enzimas pancreáticas hacia la luz intestinal, generando

que esas enzimas en vez de cumplir su función digestiva se acumulen y dañen el páncreas, produciéndose rápidamente una inflamación. El consumo de alcohol también se ha visto relacionado en un 25% de casos, aunque no está bien descrito la fisiopatología de este y también algunos artículos refieren factores genéticos, fármacos y virus que son predisponentes al desarrollo de pancreatitis aguda. (17)

Los signos y síntomas que se suelen presentar en pacientes con pancreatitis son el dolor intenso irradiado en forma de cinturón, afectando el abdomen superior y la espalda que empeora el movimiento. La posición mahometana suele mostrar cierto alivio en pacientes con esta enfermedad. Además de las náuseas, vómitos, fiebre, puede haber alteración de funciones vitales en casos graves, ictericia, etc. El colegio americano de Gastroenterología menciona que deben cumplirse 2 de 3 criterios:

- a. Dolor abdominal consistente con la enfermedad
- b. Amilasa o lipasa séricas 3 veces su límite superior
- c. Hallazgos de imágenes característicos

En casos severos como el del caso presentado, la mortalidad llega a ser de 35% o más, mientras que en casos leves de pancreatitis es de 1%. (18)

Para el adecuado diagnóstico como se mencionó se debe solicitar ciertos exámenes de laboratorio como la amilasa y lipasa, que suelen estar incrementadas durante las primeras 24 horas de enfermedad y los estudios de imágenes más importantes son una radiografía de abdomen, ecografía abdominal para evaluar presencia de cálculos biliares y una tomografía computarizada con contraste para evaluar el páncreas. Los procedimientos que se pueden realizar son una colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM), que nos permite identificar obstrucciones, estrechamiento o dilatación en árbol biliar. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica o CEPRE con papilotomía, dentro de las primeras 24 horas se usa en pacientes con sospecha de colangiopatía, ya que permite la visualización de los conductos biliares y pancreáticos con capacidad de resolver la obstrucción que pudiera estar generando la pancreatitis aguda. (17)

El manejo de los pacientes con pancreatitis aguda consiste en primera instancia en un manejo médico, se recomienda el uso de líquidos endovenosos para

mantener una adecuada perfusión y corregir posibles desequilibrios electrolíticos, sobre todo dentro de las primeras 24 horas. El dolor abdominal debe ser tratado con analgésicos como opioides, antiinflamatorios no esteroideos, acetaminofén y en algunos casos se describe que el bloqueo epidural para manejar el dolor está correlacionado a una menor tasa de mortalidad, control de la acidosis, menos necrosis y mejor circulación. El soporte nutricional, en casos leves se recomienda una alimentación por vía oral dentro de las primeras 48 horas, mientras que en casos como el paciente mencionado donde se presentan complicaciones, se prefiere una nutrición enteral o parenteral. (18,19)

El paciente presentado, desarrolló una sepsis de foco abdominal por diversas colecciones pancreáticas, que intentaron tratar multidisciplinariamente con antibioticoterapia, radiología intervencionista (drenaje de colección) y quirúrgicamente. En este tipo de casos se observa con frecuencia afectación de la función renal, que debe ser monitorizada y tratada, lo cual se refleja en sus valores laboratoriales de urea y creatinina elevados. (19)

Finalmente, el manejo quirúrgico de los casos de pancreatitis aguda se da sólo en casos complicados que no responden al manejo médico. Si no hay respuesta al drenaje percutáneo y existen colecciones infectadas, si hay una necrosis pancreática muy extensa que no responde al tratamiento, si existe litiasis biliar asociada se puede realizar una intervención de drenaje quirúrgico, necrosectomía o colecistectomía, dependiendo el caso a tratar. (19)

El paciente presentó múltiples colecciones peripancreáticas y fístulas de alto gasto en la cavidad abdominal, una de las cuales fue tratada con la técnica de Condón de Rivera, un procedimiento que busca controlar la fuga intestinal libre a la cavidad abdominal, evitando la contaminación de esta. Consiste en unir el extremo proximal del condón al estroma con suturas para evitar fugas y cortar la parte distal del condón, para crear un tubo de látex y canalizar todo el contenido dentro de una bolsa de colostomía. Es un procedimiento que ayudó a mejorar el inicio de dieta enteral en el paciente y mejoría clínica. (20)

3.2 Rotación de Pediatría

Caso N.º1 (NA: 124916950)

Paciente masculino de 07 años acude con madre a emergencia de pediatría del HMC, refiriendo que hace 7 días niño presentó rinorrea con tos con expectoración color verde amarillento. La tos incrementa por las noches y estos dos últimos días ha interrumpido el sueño. El día de hoy presentó un pico febril de 39,2°C. A pesar de usar paracetamol la temperatura remite, por lo que acude a emergencia. Niega otros síntomas..

Funciones biológicas:

- Apetito disminuido, sueño interrumpido, resto sin alteraciones.

Examen físico:

- General: AREG, AREN, AREH. Ventilando espontáneamente.
- Funciones vitales:
 - PA: 90/60 mmHg
 - FC: 132 lpm
 - FR: 24 rpm
 - T°: 39°
 - SatO₂: 92%
- Antropometría:
 - Peso: 24 kg Talla: 1.25 cm IMC: 15.4 kg/m²
- Piel: Tibia, elástica, hidratada. No ictericia, ni cianosis, ni presencia de edemas. Llenado capilar de 2 segundos.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos y taquicárdicos de buena intensidad, no soplos agregados-
- Tórax y pulmón: Simétrico. Amplexación conservada, . Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. Crepitantes audibles en ambas bases de hemitórax.
- Abdomen: Plano. RHA (+). Blando depresible, no dolor a la palpación. Timpanismo conservado
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-), micción espontánea.

- Neurológico: Despierto, activo y reactivo. Irritable al momento del examen. No hay focalizaciones.

Exámenes auxiliares

| Parámetro | Valor | Parámetro | Valor |
|-------------|--|-----------------|---------------|
| Hemoglobina | 13.1 g/dL | Urea | 28 mg/dL |
| Hematocrito | 39% | Creatinina | 0.56 mg/dL |
| Leucocitos | 15,000 10^3 mm ³ (abastionados 3%) | PCR | 56 mg/L |
| Glucosa | 79 mg/dL | Examen de orina | No patológico |

Fuente: Historia Clínica de HMC – Servicio de Pediatría

Imágenes:

- Radiografía de tórax: infiltración alveolar (consolidación en región pericardíaca izquierda)

Impresión diagnóstica

1. Neumonía adquirida en la comunidad

Plan de trabajo

1. Dieta blanda + líquidos a voluntad
2. Hidratación EV NaCl 0.9% 1000 cc en 24 h
3. Ceftriaxona 1g EV cada 12 horas
4. Salbutamol 2 puff cada 4 horas
5. Paracetamol 1g EV STAT
6. Oxígeno suplementario por cánula binasal 5 litros hasta que saturación mejore a >95%
7. Se hospitaliza

Paciente es admitido al área de hospitalización de pediatría para manejo de patología, basado principalmente en la antibioticoterapia empírica endovenosa y la oxigenoterapia por CBN. Pasadas 48 horas de su ingreso, el paciente presenta mejoría clínica evidente a la evaluación, encontrándose afebril, y con disminución en la frecuencia e intensidad de la tos, ahora con escasa expectoración y sin necesidad de oxígeno. Los crepitantes se encuentran en remisión, junto a roncós

difusos. Se indican controles de laboratorio (hemograma, proteína C reactiva, glucosa, urea y creatinina)

Para las 72 horas de hospitalización, el paciente continúa afebril, con mejor apetito y patrón de sueño adecuado. Presenta episodios esporádicos de tos con movilización de secreciones escasas. A la auscultación no hay presencia de ruidos agregados de relevancia. Controles de laboratorio arrojan disminución de recuento de leucocitos (8,750) con reducción del porcentaje de abastionados (1%) y caída de PCR (2,8). Se informa al apoderado de la situación actual del menor y se le da alta médica con indicaciones para la casa, en que se le deja cefuroxima por vía oral por 4 días para completar esquema terapéutico de 7 días. En el control por consultorio externo se reportó mejoría completa de la sintomatología respiratoria, sin complicaciones o limitación funcional posterior.

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) representa uno de los mayores problemas en términos de morbilidad y mortalidad entre los niños en nuestro país y a nivel internacional. (21)

Los infantes que no cuentan vacunas, que están expuestos al humo de tabaco, que asisten a guarderías y con comorbilidades, como el asma, presentan mayor incidencia de NAC. La etiología ha evolucionado con la creación de vacunas conjugadas a lo largo del tiempo. Los patógenos más comunes en la actualidad incluyen virus, siendo los más comunes el virus sincitial respiratorio y el rinovirus/enterovirus. Los patógenos bacterianos frecuentes incluyen *Streptococcus pneumoniae* y *Mycoplasma pneumoniae*, especialmente en niños mayores. (22,23)

Los síntomas clásicos incluyen taquipnea, tos, fiebre y anorexia, los cuales estuvieron en la evaluación del paciente. En casos graves, puede manifestarse retracciones o tirajes, quejidos y estertores, entre otros signos y síntomas menos comunes. La presentación clínica depende de la edad del paciente y la etiología involucrada, lo cual puede dificultar su diagnóstico temprano. (21,24)

El diagnóstico en niños con NAC se basa esencialmente en la anamnesis y el examen físico y se divide en el manejo ambulatorio e intrahospitalario. Se recomienda una radiografía de tórax si el diagnóstico es incierto, si hay hipoxemia presente o si ocurre un fallo clínico después de 48 a 72 horas de

tratamiento con antibióticos. Para el caso del paciente, se solicitó radiografía de tórax por protocolo propio del hospital bajo la sospecha de proceso neumónico. (21,23) En la NAC complicada, sobre todo en niños con cierto grado de inmunosupresión, las pruebas de laboratorio de cultivos sanguíneos y líquidos pleurales pueden resultar útiles. (25–27)

El tratamiento debe tener en cuenta la gravedad de la enfermedad y el agente etiológico de presunción. En la gran cantidad de los casos ambulatorios, la amoxicilina (90 mg/kg VO c/12 h – 5 a 7 días) es el antibiótico de primera línea para cubrir *S. pneumoniae* en niños en edad escolar. Si el paciente es hospitalizado, con fue el caso del paciente, debe ser tratado con terapia parenteral con ampicilina (150 – 200 mg/Kg/día) de preferencia o en su defecto con ceftriaxona (50 – 100 mg/kg/día), la cual está disponible en el petitorio del HMC, y que posteriormente puede convertirse en antibióticos orales, como la cefuroxima (20 – 30 mg/Kg c/12 h), la cual se le indicó al alta por 4 días más al darse el alta. La prevención mediante la vacunación contra *S. pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* tipo b y el virus de la influenza es crucial. (21,22,24,27,28)

El pronóstico es generalmente favorable y aumenta en porcentaje cuando se diagnostica y trata precoz y adecuadamente. Sin embargo, las complicaciones como derrames paraneumónicos o la neumonía necrotizante prolongan el curso clínico y la estancia hospitalaria. Gran parte de los niños se recuperan por completo, aunque algunos pueden necesitar seguimiento después de casos complicados. (21,23,25)

Caso N.º2 (NA: 329475753)

Paciente varón de 03 años asiste a emergencia de pediatría del HMC, acompañado de abuelos, quienes refieren que paciente ha presentado hace dos días presentó catarro y que hoy amaneció con tos ronca y seca, similar a “ladrido de perro” lo cual preocupó bastante a ambos abuelos. Durante el día se presentó estridor que fue aumentando con el transcurrir de las horas, asimismo presentó irritabilidad por lo que acuden a centro hospitalario.

Funciones biológicas:

- **Apetito disminuido, resto sin alteraciones.**

Antecedentes:

- **Generales:** niega cirugías previas, niega hospitalizaciones, niega transfusiones, niega RAMs. Vacunas completas para la edad del paciente.
- **Patológicos:** niega comorbilidades de importancia.
- **Familiares:** niega enfermedades hereditarias de importancia.

Examen físico:

- **General:** AREG, AREN, AREH. Ventilando espontáneamente.
- **Funciones vitales:**

PA: 100/65 mmHg FC: 128 lpm FR: 32 rpm T°: 37,5° SatO₂: 95%
- **Antropometría:**
 - **Peso:** 15 kg **Talla:** 100 cm **IMC:** 15 kg/m²
- **Piel:** Tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar < 2 segundos. No ictericia, ni cianosis, ni presencia de edemas.
- **Orofaringe:** permeable, eritematosa, congestiva levemente.
- **Oídos:** conducto auditivo permeable, tímpano íntegro, no secreciones visibles.
- **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos y taquicárdicos de buena intensidad, no soplos agregados audibles.
- **Tórax y pulmón:** Simétrico. Amplexación conservada, con patrón respiratorio regular y aumentado en frecuencia y asociado a tos perruna. Tiraje supraesternal e intercostal. Murmullo vesicular ligeramente disminuido en ambos hemitórax. Estridor audible en reposo.
- **Abdomen:** Plano. RHA (+). Blando depresible, no dolor a la palpación. Timpanismo conservado.
- **Neurológico:** Despierto, activo y reactivo. Irritable al momento del examen. No focalizaciones y/o meningismo

Exámenes auxiliares

| Parámetro | Valor | Parámetro | Valor |
|------------------|--------------|------------------|--------------|
| Hemoglobina | 13.2 g/dL | Urea | 20 mg/dL |
| Hematocrito | 38% | Creatinina | 0.28 mg/dL |

| | | | |
|------------|----------------------------|-----------------|---------------|
| Leucocitos | 11,000 (42% de linfocitos) | PCR | 18 mg/L |
| Glucosa | 70 mg/dL | Examen de orina | No patológico |

Fuente: Historia Clínica de HMC – Tópico de Emergencia Pediatría

Impresión diagnóstica

1. CRUP moderado – Puntuación de Westley 5/17

Plan de trabajo

1. Dexametasona 0.6 mg/kg dosis única → 9 mg IM
2. Nebulización con cloruro de sodio 0.9% → 4 cc x 3 veces con descanso de 15 minutos
3. Paracetamol 120 mg/5ml vo → 7 ml c/ 6h

Paciente es atendido con ayuda del personal de enfermería. Se inicia administración de dexametasona en dosis única y se continua con 3 ciclos de NBZ con cloruro de sodio, bajo la impresión diagnóstica de CROUP moderado. Paciente es evaluado pasadas 2 horas, encontrándose más tranquilo y en brazos de abuela. Al examen físico se evidencia mejoría en el patrón respiratorio, estridor poco audible y tos seca intermitente. Se comunica situación actual de paciente a los apoderados y se da de alta con indicaciones médicas e indicación de volver si presenta empeoramiento de síntomas, seguido de control por consultorio externo a los 3 días. Durante la consulta médica posterior, madre refiere que paciente continúa con tos y disfonía, pero en menor frecuencia e intensidad comparado a su ingreso a emergencia. Se le orienta sobre el tiempo de recuperación posterior a un episodio de crup y se programa cita en 30 días para su próximo CRED.

La laringotraqueobronquitis o crup, es una enfermedad que prevalece principalmente en la población pediátrica, con una alta incidencia en niños entre seis meses y tres años, como en el caso del paciente. (29)

El crup afecta usualmente en niños pequeños debido a que sus vías respiratorias son de menor calibre que la población adulta y son más propensas a obstruirse por la inflamación. Con frecuencia su origen es viral, siendo el virus para influenza el agente etiológico habitual. Otros virus que causan crup incluyen el virus sincitial respiratorio, los adenovirus y recientemente el virus SARS-Cov 2.

Los factores de riesgo incluyen exposición al humo del tabaco, historia familiar de crup e infección respiratoria alta viral previa, la cual estuvo presente en la anamnesis del paciente dos días antes de la atención. (30,31)

Se manifiesta de manera aguda con una tos seca y ronca o tos perruna, asociado a estridor inspiratorio, ronquera y, en casos severos, dificultad respiratoria marcada. Los síntomas generalmente inician posterior a la infección del tracto respiratorio superior, durante la cual el niño puede presentar fiebre leve y rinorrea, seguidas por la tos y el estridor descritos. Solo en casos específicos y graves se necesita hospitalización; el resto de las presentaciones son leves y se recuperan en un plazo de 2 días. (32,33)

El diagnóstico de crup utiliza los datos de la anamnesis y el examen físico. Los estudios de laboratorio y radiográficos no están indicados de rutina y deben reservarse para los casos en los que se considere un diagnóstico alternativo, como en la epiglotitis y la traqueítis bacteriana. La puntuación de Westley puede utilizarse como un método para evaluar la gravedad del crup en niños menores de 6 años, la cual fue utilizada para clasificar la severidad del caso presentado, determinando un crup moderado (5 puntos). (29,34)

Los corticosteroides son la base del tratamiento para el crup. Una sola dosis de dexametasona (0.15 a 0.6 mg/kg) tuvo un efecto positivo en la reducción de los puntajes de síntomas y en la disminución de los requisitos de hospitalización. La epinefrina racémica nebulizada proporciona un alivio temporal de los síntomas en el crup moderado a severo, la cual no fue utilizada por la adecuada y efectiva respuesta en el paciente a la dosis única de corticoides administrada. No se recomienda usar aire humidificado o fresco porque no hay evidencia de beneficio. (32,33,35)

La mayoría de los casos son leves y autolimitados. Un pequeño porcentaje de los niños requiere hospitalización, aproximadamente del 1 al 8%, y muy pocos requieren manejo de vía aérea avanzada, menos del 3% de los hospitalizados. El pronóstico es generalmente bueno, con una resolución total de los síntomas en pocos días, aunque pueden extenderse a 1 semana, lo cual es importante de informar a los padres sobre este punto. Si existe sospecha de una anomalía subyacente de las vías respiratorias que suscitó el crup, especialmente cuando

se presenta frecuentemente, se requiere evaluación adicional y exámenes auxiliares específicos. (34,36)

Caso N.º3 (NA 119748750)

Paciente masculino de 12 años llega a emergencia de pediatría del HMC, acompañado de madre, quien refiere que paciente estuvo realizando ejercicio de alta intensidad (corriendo en competencia de atletismo), cuando de manera súbita empezó a cuadro tusígeno con sensación de falta de aire y presión en pecho, por lo que vienen directamente a emergencia.

Funciones biológicas:

- Apetito disminuido, sed disminuida, diuresis conservada, ritmo evacuatorio habitual, patrón de sueño sin alteraciones, estado de ánimo ansioso

Antecedentes:

- Generales: niega cirugías previas, niega hospitalizaciones, niega transfusiones, niega RAMs. Vacunas completas para la edad del paciente.
- Patológicos: Episodios de broncoespasmo intermitente desde los 6 años. Uso de inhaladores solo en cuadros de obstrucción bronquial (salbutamol 2 puff cada 6 horas)
- Familiares: Padre con rinitis alérgica en tratamiento, madre aparentemente sana

Examen físico:

- General: AMEG, AREN, AREH. Ventilando espontáneamente.
- Funciones vitales:
 - PA: 110/75 mmHg
 - FC: 118 lpm
 - FR: 27 rpm
 - T°: 36.7°
 - SatO₂: 92%
- Antropometría:
 - Peso: 46 kg Talla: 150 cm IMC: 20.4 kg/m²

- Piel: Tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar < 2 segundos. No ictericia, ni cianosis, ni presencia de edemas.
- Orofaringe: permeable, ligeramente eritematosa, no congestiva
- Oídos: conducto auditivo permeable, tímpano íntegro, no secreciones visibles.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos y taquicárdicos de buena intensidad: No soplos agregados audibles
- Tórax y pulmón: Simétrico, amplexación conservada. Patrón respiratorio regular y taquipnéico, uso de musculatura accesoria, murmullo vesicular disminuido en ambos hemitórax, acompañado de sibilancias al final de la espiración.
- Abdomen: Plano. RHA (+). Blando depresible, no dolor a la palpación. Timpanismo conservado
- Neurológico: Despierto, ansioso, colaborador. No focalizaciones o signos meníngeos,

Exámenes auxiliares

| Parámetro | Valor | Parámetro | Valor |
|-------------|--|------------|--|
| Hemoglobina | 13.9 g/dL | Urea | 35 mg/dL |
| Hematocrito | 41% | Creatinina | 0.68 mg/dL |
| Leucocitos | 10.5 x 10 ³ mm ³ (eosinófilos 2%) | PCR | 15 mg/L |
| Glucosa | 88 mg/dL | Gasometría | pH 7.46, PaCO ₂ 30 mmHg, PaO ₂ 77 mmHg, HCO ₃ ⁻ 22 mEq/l |

Fuente: Historia Clínica de HMC – Tópico de emergencia de pediatría

Impresión diagnóstica

1. Crisis asmática moderada – Score Pulmonar 4/9, aparentemente inducida por ejercicio

Plan de trabajo

1. Salbutamol 100 mcg/dosis → 6 puff con cámara cada 20 min (3 dosis)
2. Reevaluación de tórax y pulmones 15 minutos tras última dosis de salbutamol

3. Tratamiento para el alta

- a. Dieta completa hipoalergénica + líquidos a voluntad
- b. Educación en el uso de inhaladores
- c. Salbutamol 100 mcg/dosis → 2 puff con aerocámara cada 6 horas por 3 días hasta control por consultorio externo
- d. Prednisona 1mg/kg → 50 mg VO por 3 días hasta control por consultorio externo
- e. Descanso médico absoluto por 3 días
- f. Control por consultorio externo en 3 días

Paciente acude junto a madre a emergencia de HMC, con aparente mal aspecto general, presentando clínica sugestiva de una exacerbación aguda de asma de aproximadamente 2 horas de evolución que fue empeorando con el transcurrir de las horas. Usando el Score pulmonar se clasifica la crisis en la categoría de moderada, por lo que se inicia tratamiento con pulsaciones de salbutamol en 3 ciclos. Pasadas 1 hora y media se evalúa nuevamente a paciente, el cual presenta remisión de broncoespasmo, aumento del porcentaje de saturación de oxígeno y resto de signos vitales dentro de rangos aceptables. Se comunica a madre de la resolución del caso y se procede a darle de alta médica con indicaciones y reevaluación por consultorio externo en 3 días. Para el día del control se informa que madre refirió que paciente no ha vuelto a presentar crisis. Al examen físico, aparato respiratorio sin alteraciones, presentando una evolución favorable. Se indica a paciente continuar uso de inhalador y consulta por servicio de inmunología y alergias.

La exacerbación aguda del asma en niños, también conocida como crisis de asma pediátrica, es un evento clínicamente importante que requiere atención médica inmediata. (37,38)

En niños asmáticos, los riesgos de exacerbación incluyen antecedentes recientes de exacerbaciones de asma previas, infecciones virales, exposición a alérgenos y contaminación ambiental, así como factores genéticos y sociales. Entre los niños, el factor más común que desencadena las exacerbaciones del asma es una infección de naturaleza viral, básicamente de las vías respiratorias superiores. El humo del tabaco, los irritantes ambientales, ejercicio extenuante,

cambios atmosféricos y la exposición a alérgenos también se asocian con una mayor incidencia de exacerbaciones. (39,40)

Las crisis moderadas a severas muestran una mayor frecuencia e intensidad de los síntomas respiratorios, como sibilancias, tos, disnea y opresión en el pecho, los cuales se presentaron en el paciente. Aparentemente el cuadro de broncoespasmo en el paciente fue causado por el ejercicio intenso y/o cambios en la temperatura bruscos en ausencia de otro gatillante más común, como puede ser la infección viral previa o la exposición a algún alérgeno. (37,39,41)

El diagnóstico de asma en la población pediátrica depende generalmente de los patrones típicos de síntomas, la presencia de factores de riesgo y la respuesta terapéutica, principalmente a los inhaladores. La documentación de la reversibilidad de la obstrucción del flujo aéreo, la sensibilización a los alérgenos, los niveles elevados de IgE o la eosinofilia sanguínea pueden ser de ayuda, pero no se presentan en todos los casos. (37,41,42)

El manejo agudo de un evento asmático consiste en broncodilatadores de acción corta, p. ej., β -agonistas, corticosteroides sistémicos para reducir la inflamación y, en casos graves, anticolinérgicos inhalados, sulfato de magnesio intravenoso y, en casos críticos, ketamina intravenosa para crisis refractarias en UCIP. Se debe determinar qué a qué grado de severidad la crisis asmática que se va a tratar y se deben tomar las medidas adecuadas siguiendo el algoritmo propuesto por las guías internacionales, como fue el caso del manejo inicial con salbutamol y un corticoide sistémico para el alta, junto con el SABA a horario para el paciente del caso. Esto podría ayudar a prevenir futuras exacerbaciones enseñando al paciente sobre el plan de acción y modificando la terapia de mantenimiento. (38,41–44)

El pronóstico en la crisis asmática en niños depende de la rapidez y eficacia del tratamiento. Con un tratamiento adecuado, una proporción abrumadora de niños se recuperan por completo de una exacerbación aguda. Sin embargo, las exacerbaciones frecuentes pueden suponer un riesgo potencial de deterioro a largo plazo de la calidad de vida y de la función pulmonar. La adherencia a la terapéutica de mantenimiento, así como evitar los factores desencadenantes son importantes para evitar complicaciones. (40,42)

Caso N.º4 (335040151)

Paciente femenina de 6 años arriba a emergencia acompañada de progenitora, la cual manifiesta que hace 5 días la paciente ha estado con temperaturas variables entre los 37,7° a 38,1°. Refiere que administró paracetamol en jarabe, pero la fiebre persiste. El día de hoy paciente presentó decaimiento, dolor abdominal inespecífico y disuria lo que causó llanto intenso en la menor, por lo que le trajeron a emergencia. Niega otros síntomas de importancia.

Funciones biológicas:

- Apetito disminuido, ritmo defecatorio lento, resto de funciones aparentemente normales

Antecedentes:

- Generales: niega cirugías previas, niega hospitalizaciones, niega transfusiones, niega RAMs. Vacunas completas para la edad del paciente.
- Patológicos: Constipación crónica. ITU previa en 2 ocasiones que recibió tratamiento irregular en casa con amoxicilina
- Familiares: niega enfermedades hereditarias de importancia.

Examen físico:

- General: AREG, AREN, AREH. Ventilando espontáneamente.
- Funciones vitales:
 - PA: 105/65 mmHg
 - FC: 129 lpm
 - FR: 25 rpm
 - T°: 39,1°
 - SatO₂: 98%
- Antropometría:
 - Peso: 20 kg Talla: 1.10 cm IMC: 16.5 kg/m²
- Piel: Tibia, elástica, hidratada. No ictericia, ni cianosis, ni presencia de edemas. Llenado capilar < 2 segundos.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos y taquicárdicos de buena intensidad, no soplos.

- Tórax y pulmón: Simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No hay ruidos agregados.
- Abdomen: Plano. RHA (+) y ligeramente aumentados. Blando y depresible, dolor a la palpación a la palpación profunda en hipogastrio. Timpanismo conservado.
- Genitourinario: PPL (-), PRU inferiores (+), micción espontánea.
- Neurológico: Despierta, activa y reactiva. Irritable al momento del examen, poco colaboradora. No focalizaciones o meningismo.

Exámenes auxiliares

| Parámetros | Valor | Parámetros | Valor |
|-------------|---|-----------------|--|
| Hemoglobina | 13 g/dL | Urea | 26 mg/dL |
| Hematocrito | 38% | Creatinina | 0.58 mg/dL |
| Leucocitos | 13.5 x 10 ³ mm ³ (predominio segmentado) | PCR | 29 mg/L |
| Glucosa | 72 mg/dL | Examen de orina | Leucocitos 16 – 19 x campo, nitritos (-) |

Fuente: Historia Clínica de HMC – Servicio de Pediatría

Impresión diagnóstica

1. Infección de la vía urinarias no complicada

Plan de trabajo

1. Paciente es admitida en al servicio de Pediatría para hospitalización
2. Dieta blanda alta en fibra y líquidos a voluntad
3. Hidratación EV con 1000cc de NaCl 0.9% (2000 cc en 24 horas)
4. Ceftriaxona 1 gr EV c/24 horas
5. Paracetamol 1g EV condicional a T° ≥ 38°C
6. Se solicita: Hemograma, GUC, PCR, Examen de orina + cultivo con antibiograma previo inicio de antibiótico empírico.
7. CFV + BHE

Paciente es hospitalizada con el diagnóstico clínico de ITU no complicada, apoyado por examen de orina patológico (Leu x campo: 16 a 19). Previamente se tomaron las muestras de laboratorio para iniciar antibioticoterapia con

ceftriaxona endovenosa y se controló fiebre con paracetamol endovenoso. A las 48 horas de hospitalizada, durante la evolución de la mañana la madre refiere que la paciente pasó la noche tranquila y niega síntomas nuevos, sin interurrencias reportadas. Paciente ya no refiere dolor en zona abdominal. Resultados de hemograma (10,700 leucocitos) y examen de orina (10 leucocitos por campo), junto con disminución del PCR (11), muestran respuesta adecuada a tratamiento antibiótico. Para el día 4 de hospitalización, paciente evidencia mejora en su estado general, juega en el área de juegos con otros pacientes del piso y se han mantenido afebril más de 72 horas. Se realizan controles previos al alta médica, los cuales evidencian normalización de los valores previamente alterados. Adicionalmente, el cultivo de orina aisló *Escherichia coli* sensible a cefalosporinas de tercera generación. La paciente es dada de alta médica en su séptimo día de hospitalización, completando el esquema terapéutico y con indicaciones para casa, que incluyen principalmente cambios en la dieta para mejorar la constipación.

Las infecciones de vías o tracto urinario (ITU) son una de las afecciones clínicas más comunes, tanto a corto como a largo plazo, relacionadas con los pacientes pediátricos. (45,46)

Después del primer año de vida, las ITU afectan más a mujeres respecto a la población masculina, pero su incidencia es igual en el transcurso del primer año. Las anomalías morfológicas del tracto urinario, la disfunción vesical e intestinal, la vejiga neurogénica y el uso de pañales, son considerados factores asociados a su aparición. La circuncisión también influye, ya que los niños sin circuncidar presentan mayor riesgo de infección. En los niños, la mayoría de las infecciones de vías urinarias son por *Escherichia coli*, responsable de aproximadamente el 80-90% de los casos. (47)

Los síntomas pueden ser bastante inespecíficos, especialmente en lactantes, y pueden presentarse con fiebre, irritabilidad, vómitos y dolor abdominal. En niños mayores, los síntomas pueden ser más orientativos, como disuria y urgencia urinaria. (48)

El diagnóstico se basa identificando signos y síntomas clínicos y el crecimiento bacteriano en el cultivo de orina. La muestra de orina para cultivo debe tomarse

con mucho cuidado para evitar la contaminación: se puede realizar un cateterismo o una aspiración suprapúbica en presencia de síntomas sugestivos, pero al ser procedimientos invasivos no son realizados con regularidad. Se recomienda la ecografía del riñón y la vejiga en niños para evaluar complicaciones agudas y anomalías anatómicas. La cistouretrografía miccional se reserva para los casos con hallazgos ecográficos anormales o ITU recurrentes (49–51)

El tratamiento generalmente implica antibióticos orales y/o endovenosos dependiendo de la edad, severidad, tolerancia oral los cuales se administran durante 7 a 10 días en casos no complicados, ajustados según los patrones locales de resistencia antibiótica. Para el caso anterior se decantó el uso empírico de ceftriaxona endovenosa por la poca disposición de los padres para seguir un tratamiento adecuado en casa, episodios previos de ITU y por la dificultad para administrar en la paciente antibióticos por vía oral. (48,49,52)

La mayoría de los niños con ITU tienen un buen pronóstico a largo plazo, pero la complicación más grave son los casos de cicatrización renal grave por ITU complicadas, recurrente o tratamiento tardío, que generan a futuro hipertensión o insuficiencia renal progresiva, creando un impacto negativo en el desarrollo del paciente pediátrico. (45,49,52)

3.3 Rotación de Ginecología y Obstetricia

Caso N.º1 (NA: 319792121)

Paciente mujer de 46 años ingresa por sangrado uterino anormal (metrorragia + hipermenorrea), refiere que hace 8 días presentó sangrado similar a menstruación, por lo que su ginecólogo indicó colocación de ampolla Solutres (medroxiprogesterona), pero el sangrado incremento en cantidad y con coágulos, por lo que se dirige a emergencia.

Apetito disminuido, sed aumentada, diuresis disminuida, ritmo evacuatorio habitual, patrón de sueño alterado por situación de salud

Antecedentes:

- Ginecológicos:
 - Menarquia: 13 años
 - FUR: 17/11/24
 - GP: G1P1001
 - Métodos anticonceptivos: ninguno
 - Régimen catamenial: -
 - IRS: 19 años
 - Parejas sexuales: 01
 - Último PAP: hace 2016
- Patológicos: Niega
- Quirúrgicos: cesárea 2009
- RAM: Niega
- Familiares: padre con HTA, madre con HTA y miomatosis uterina

Examen físico

- General: AREG, AREN, AREH. Ventilando espontáneamente.
- Funciones vitales:
 - PA: 100/70 mmHg
 - FC: 84 lpm
 - FR: 16 rpm
 - T°: 36,6°C
 - SatO₂: 98%

- Piel: tibia, elástica, hidratada. Palidez (+/+++), llenado capilar < 2". No cianosis, ni ictericia
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Tórax y pulmón: simétrico, amplexación conservada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No hay ruidos agregados.
- Mamas: simétricas, sin zonas de retracción, sin galactorrea, y sin nodulaciones.
- Abdomen: Plano. RHA (+). Blando depresible, dolor a la palpación en hipogastrio. Timpanismo conservado
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-)
- Especuloscopia: cérvix blando, orificio cerrado, Sangrado transvaginal (+) con coágulos de 2x4 cm
- T.V: útero de 9 cm, orificio cervical externo cerrado, no dolor a la movilización de anexos.
- Neurológico: Despierta, activa y reactiva. No hay focalizaciones. No signos meníngeos.

Exámenes auxiliares

| Parámetro | Valor | Parámetro | Valor |
|-----------------|--|---|---|
| Glucosa | 107 mg/dL | Serológicos (HIV, Sífilis, Hepatitis B y C) | No reactivos |
| Urea | 27.9 mg/dL | Tiempo de protrombina | 14 s |
| Creatinina | 0.69 mg/dL | I.N.R | 1.22 |
| Leucocitos | 15.9 (Segmentados 83%) | Hierro sérico | 20.7 |
| Hb | 6.7 | Transferrina | 179 |
| Plaquetas | 441 | Saturación de transferrina | 9.1 |
| Examen de orina | 30-50 leucocitos por campo, nitritos negativos, 40-60 hematíes por campo, bacterias 3+ | Ferritina | 676 |
| Grupo y Factor | O+ | Marcadores | CA125: 30.60, CA15.3: 22.9, CA19.9: 9.09, CEA: 1.21, alfafetoproteína 0.55, |

| | | | |
|--|--|--|-------------------------------|
| | | | Beta HCG cuantitativo 0.91 |
|--|--|--|-------------------------------|

Fuente: Historia Clínica de HMC – Servicio de Ginecología y Obstetricia

Tomografía abdomino pélvica con contraste

- ✓ Vesícula biliar no dilatada de paredes levemente engrosadas no evidenciando litiasis cálcica
- ✓ Miomatosis uterina: útero mide 138x85x110mm (LXAPXT) de aspecto Miomatoso, se aprecia mioma subseroso pediculado en pared lateral, mide 54x52mm, así mismo se aprecian varios miomas intramurales en sus paredes anterior y posterior. Ambos anexos sin alteraciones. No se observan tumoraciones o adenopatías.
- ✓ Resto de estudio normal

Ecografía transvaginal

- ✓ Vejiga vacía
- ✓ Útero anteroversoflexo de contornos irregulares miometrio heterogéneo caracterizado por la presencia de múltiples imágenes nodulares, siendo las mayores de 138x99mm las cuales no permiten identificación de línea endometrial.
- ✓ Endometrio no visible
- ✓ Cavidad uterina no visible
- ✓ Anexos no visibles
- ✓ Fondo de saco de Douglas sin líquido libre
- ✓ Conclusión: miomatosis uterina gigante

Impresión diagnóstica

- Hemorragia uterina anormal por Miomatosis uterina gigante
- Anemia moderada
- Infección tracto urinario

Tratamiento

- Dieta completa + LAV
- Solución salina 0.9% 1000 cc pasar a 30 gotas

- Ceftriaxona 1g EV c/12h
- Ácido tranexámico 1g EV c/8h
- Transfusión de 1PG
- Desloratadina 4 mg + Clorfenamina 10 mg EV previa hemo transfusión
- Control de sangrado vaginal
- Reposo relativo
- Control de funciones vitales

Los leiomiomas son tumoraciones benignas que se ven con mayor frecuencia en el útero, se presentan en aproximadamente 25% de las mujeres durante su edad reproductiva y en 40% de mujeres menores de 50 años. Suelen ser mujeres que no presentan sintomatología, por lo que el hallazgo es incidental en muchas ocasiones, pero dentro de las presentaciones clínicas que se reporta que en casi 50% de las pacientes existe hipermenorrea, dolor abdominal, retención urinaria, tenesmo, polaquiuria, sangrado uterino anormal en periodos Intermenstruales, entre otros síntomas que pueden varias dependiendo del tamaño y localización del mioma. (53,54)

Se desconoce cómo se da exactamente la formación del mioma, pero existe carga genética que predispone la proliferación de tejido uterino muscular, además que los estrógenos favorecen alteraciones en los factores de crecimiento y en los componentes de la matriz extracelular. Se ve con más frecuencia en mujeres afroamericanas y gemelas homocigóticas. (55,56)

La histerectomía es la cirugía ginecológica de preferencia para el manejo de los miomas gigantes y la más utilizada como tratamiento de miomas en general durante cada año. En pacientes en edad fértil que aún tengan deseo de tener más hijos, se prefiere como opción la miomectomía (vía laparotomía, laparoscopia o histeroscopia). Siempre hay que recordarle a la paciente que en caso de una cirugía que preserve la fertilidad como la miomectomía dentro de cierto periodo de tiempo puede presentarse una recidiva. En estudios se ha observado que dentro de los primeros 5 años post miomectomía un 16.8% de mujeres tuvieron que realizarse una histerectomía. (53,57,58)

En caso de miomas pequeños, que no generan muchas molestias, se recomienda un tratamiento más expectante y médico, el cual consiste en

controles periódicos para evaluar el crecimiento del mioma, antagonistas de progesterona, anti fibróticos, utilizar análogos agonistas de GnRh hormona liberadora de gonadotropinas, para conseguir valores de estrógeno disminuidos como si se encontrara la paciente en una etapa postmenopáusica y por ende el crecimiento del mioma disminuya y hasta se degenere hasta en un 30-70%. La embolización de la arteria uterina es una técnica utilizada para disminuir el flujo de sangre hacia el mioma, pero la respuesta es variable, al igual que con las hormonas. Se prefiere este tipo de intervenciones médicas en pacientes que se encuentren cerca a la edad de perimenopausia entre 40-45 años. (53,55)

Caso N.º2 (NA 121384950)

Paciente femenina de 21 años acude a tópico de emergencia refiriendo que desde hace 12 días se percató que tenía una tumoración adyacente a la abertura vaginal, la cual no dio importancia hasta hace 05 DAI, por aparición de dolor (EVA 5/10) en la zona, por lo que acude emergencia del HMC, donde le mencionan que tenía un nódulo con dimensiones 4 x 3 cm aproximadamente, en el borde izquierdo de la vagina, sin salida de secreciones. Le mencionaron que impresionaba una bartolinitis aguda no complicada y le recetaron amoxicilina/clavulánico (875mg/125mg) 3 veces al día por una semana. No obstante, hace 02 DAI el dolor se ha intensificado hasta limitar la deambulacion (9/10 EVA) y ha presentado picos febriles cuantificados en 37,9°C, por lo que se decide hospitalizar.

Funciones biológicas:

- Apetito conservado, sed ligeramente disminuida, diuresis adecuada, ritmo evacuatorio habitual, patrón de sueño alterado por dolor intenso

Antecedentes:

- Ginecológicos:
 - Menarquia: 10 años
 - FUR: 23/08/2024
 - GP: G0P0
 - Métodos anticonceptivos: anticonceptivos orales.
 - Régimen catamenial: 7/30

- IRS: 18 años
 - Parejas sexuales: 03
 - Último PAP: hace 02 años
- Patológicos: Síndrome de ovario poliquístico diagnosticado a los 16 años.
- Quirúrgicos: Apendicectomía (2017)
- RAMs: Niega
- Familiares: Ambos padres aparentemente sanos, niega enfermedades hereditarias de importancia.

Examen físico

- General: AREG, AREN, AREH. Ventilando espontáneamente.
- Funciones vitales:
 - PA: 110/80 mm Hg
 - FC: 74 lpm
 - FR: 18 rpm
 - T°: 37.1°C
 - SatO₂: 98%
- Piel: tibia, elástica, hidratada. Palidez (+/+++), llenado capilar < 2". No cianosis, ni ictericia
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Tórax y pulmón: simétrico, amplexación conservada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No hay ruidos agregados.
- Mamas: simétricas, sin zonas de retracción, sin galactorrea, y sin nodulaciones.
- Abdomen: Plano. RHA (+). Blando depresible, no doloroso. Timpanismo conservado
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-), STV (Sangrado transvaginal) (-). Se evidencia quiste de 4 x 3 cm a nivel de la glándula de Bartolino izquierda, doloroso a la examinación.
- T.V: orificio cervical externo cerrado.
- Neurológico: Despierta, activa y reactiva. No hay focalizaciones. No signos meníngeos.

Exámenes auxiliares

| Parámetro | Valor | Parámetro | Valor |
|----------------------|--|---------------------------------------|---------------|
| Hemoglobina O (+) | 13.5 g/dL | Creatinina | 0.55 g/dL |
| Hematocrito | 44% | TP | 12 |
| Leucocitos | 13.2 x 10 ³ mm ³ | INR | 1 |
| Plaquetas | 203 x 10 ³ mm ³ | Serología (VIH, VHB, VHC, Sífilis) | No reactiva |
| Glucosa | 75 g/dL | Grupo y Factor | O+ |
| Urea | 18.9 gr/dL | Examen de orina | No patológico |

Fuente: Historia Clínica de HMC – Servicio de Ginecología y Obstetricia

Imágenes

- Radiografía de tórax PA: Sin alteraciones a la evaluación

Impresión diagnóstica

1. Absceso de la glándula de Bartolino

Plan de trabajo

- Preparación para cirugía y realización de riesgos quirúrgicos:
Marsupialización de quiste de Bartolino
- Dieta completa y líquidos a voluntad
- Vía salinizada
- Ceftriaxona 1g EV cada 12 horas
- Ketoprofeno 100 mg EV cada 8 horas
- Observación de signos de alarma
- Control de funciones vitales
- Se solicita cultivo de secreción obtenida

La paciente permaneció hospitalizada durante 48 horas tras la realización de la marsupialización del absceso de la glándula de Bartolino. Se obtuvo una muestra del líquido purulento, la cual fue enviada para cultivo y antibiograma.

Durante los primeros dos días postoperatorios, la paciente refirió una notable disminución del dolor, sin nuevos episodios febriles. El control de signos vitales mostró estabilidad hemodinámica, con temperatura mantenida en rangos normales. Se inició tratamiento antibiótico endovenoso empírico, el cual fue

ajustado a los resultados del cultivo, que identificó la presencia de *Escherichia coli* sensible a cefalosporinas.

La evolución local fue favorable, sin signos de reinfección ni complicaciones en la zona quirúrgica. La paciente fue educada en cuanto a cuidados de la herida quirúrgica y se le indicó continuar con antibióticos orales por 7 días tras el alta.

Se programó una consulta de control en una semana para evaluar la cicatrización y revisión de los resultados del cultivo. Asimismo, se recomendó el uso de anticonceptivos orales hasta su próxima evaluación ginecológica. Al alta, la paciente se encuentra en buen estado general, sin signos de infección, afebril y sin limitaciones en su deambulación.

El absceso de Bartolino es una afección común de los genitales femeninos entre las mujeres en edad reproductiva, y su manejo debe basarse en la evidencia para garantizar el máximo resultado clínico. (59)

Se produce debido al bloqueo del conducto de la glándula, lo que causa una acumulación de secreciones, seguida de una infección bacteriana. Los factores de riesgo incluyen infecciones anteriores de la glándula, infecciones de transmisión sexual y posiblemente inmunodeficiencias. La etiología es comúnmente polimicrobiana y la *Escherichia coli* es uno de los patógenos más comunes, el cual fue aislado en el cultivo de la secreción del absceso. (60,61)

Las pacientes generalmente presentan malestar asociado a sensación de bulto en la región vulvar. Esta hinchazón es principalmente unilateral y con dolor intenso que aumenta con la deambulación y sedestación. Por lo tanto, el diagnóstico está basado en los síntomas y los hallazgos del examen físico. En los casos atípicos o de duda diagnóstica, la presencia de un absceso puede confirmarse con la ecografía. (59,60)

El manejo es conservador, incluye baños de asiento y analgésicos que puedan ocasionar su ruptura y drenaje posterior. La marsupialización y el uso de catéteres Word son los métodos quirúrgicos más utilizados descritos en la literatura médica, con una alta tasa de efectividad y con menor porcentaje de recurrencias en comparación con los anteriores métodos de incisión y drenaje simples o de aspiración. El abordaje para el caso fue la práctica de la

marsupialización o eversión del tejido glandular y es el de elección por el personal asistencial del servicio de ginecología del HMC. Existe información que alega el uso del catéter Word sobre la marsupialización, dejando este procedimiento como segunda línea. Sin embargo, se ha demostrado que ambas técnicas tienen resultados similares y se pueden usar de acuerdo con la experticia del ginecólogo practicante. Los antibióticos se reservan para casos asociados con celulitis o infecciones sistémicas como coadyuvante y su uso puede ser controversial. La paciente recibió cobertura con cefalosporinas de tercera generación endovenosa para minimizar la propagación de la infección, teniendo en cuenta que recibió previamente amoxicilina sin efecto sobre la leucocitosis observada en su hemograma. Los casos recurrentes o complicados pueden requerir una operación más extensa. (62,63)

En general, el pronóstico es bueno con el manejo adecuado. Sin embargo, existe riesgo de recidivas, especialmente en mujeres que fueron tratadas de manera conservadora, ya que los abscesos rara vez se resuelven de manera espontánea. (59,60,63)

Caso N.º3 (NA 123283520)

Paciente femenina de 32 años asiste a tópico de ginecología y obstetricia referida del servicio de cirugía general, por presencia de dolor intenso en FID que se irradia a hipogastrio, EVA (8/10), acompañado de náuseas. Paciente refiere que presenta retraso menstrual de 3 semanas aproximadamente. Niega otros síntomas.

Funciones biológicas

- Apetito disminuido, sed disminuida, diuresis conservada, ritmo evacuatorio habitual, patrón de sueño sin alteraciones

Antecedentes

- Ginecológicos
 - Aborto espontáneo y legrado uterino hace 12 años.
 - Menarquia: 15 años
 - FUR: 03/05/2024 – régimen catamenial 5/28, regular.
 - GP: G1P0010

- Métodos anticonceptivos: ninguno al momento
 - IRS: 19 años
 - Parejas sexuales: 03
- Patológicos: niega comorbilidades de importancia.
- Familiares: Padres y hermanos aparentemente sanos. Niega enfermedades hereditarias de importancia.

Examen físico

- General: AREG, AREN, AREH. Ventilando espontáneamente.
- Funciones vitales:
 - PA: 110/80 mmHg
 - FC: 92 lpm
 - FR: 20 rpm
 - T°: 37°C
 - SatO₂: 99%
- Piel: Tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar < 2 segundos. No ictericia, ni cianosis, ni presencia de edemas.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- tórax y pulmón: simétrico. Amplexación conservada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No hay ruidos agregados.
- Abdomen: Plano. RHA (+). Blando depresible, no dolor a la palpación. Timpanismo conservado
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-)
- Genitales externos: Femeninos. Tacto vaginal: paciente presenta dolor, cérvix dilatado.
- Neurológico: Despierto, activo y reactivo. No hay focalizaciones. No signos meníngeos.

Exámenes auxiliares

| Parámetro | Valor | Parámetro | Valor |
|-------------|---------------------------------------|----------------|----------------|
| Hemoglobina | 12.9 mg/dL | Beta – HCG | 131,196 mUI/ml |
| Hematocrito | 39% | Grupo y factor | A+ |
| Leucocitos | 7,000 10 ³ mm ³ | TP/INR | 12 s/1.03 |

| | | | |
|-----------|---|-----------------|-------------------------|
| Plaquetas | 245,000 10 ³ mm ³ | Urea/Creatinina | 22.9 mg/dL – 0.59 mg/dL |
|-----------|---|-----------------|-------------------------|

Fuente: Historia Clínica de HMC – Servicio de Ginecología y Obstetricia

Imágenes

- Ecografía: Útero aumentado para EG calculada, junto con una imagen con múltiples áreas de ecos hipoeecogénicos y áreas de ecos hiperecoicos intrauterinos, con aspecto de “tormenta de nieve”. Endometrio engrosado e irregular. Se identifican numerosas imágenes quísticas de tamaño variable (Signo de racimo de uvas). No signos de flujo sanguíneo anormal uterino o estructuras anexiales. Trompas y anexos con estructura conservada.
- Radiografía de tórax PA: Sin evidencia de patología pulmonar

Impresión diagnóstica

1. Enfermedad trofoblástica gestacional a descartar Mola hidatiforme con estudio de anatomía patológica

Se programa paciente para evacuación de contenido uterino, bajo la sospecha diagnóstica de una enfermedad trofoblástica gestacional, a confirmar mola hidatiforme. Los hallazgos operatorios fueron los siguientes: Histerometría 12cm, contenido endouterino de 300 g aproximadamente de restos endometriales vs formaciones ovoides. Sangrado 250cc. Fondo uterino irregular impresiona inversión de miometrio.

Terapéutica postoperatoria:

1. NPO por 6h, posteriormente dieta líquida
2. Dextrosa 5% 1000 cc EV → 30 gotas x min
 - a. NaCl 20% 1 ampolla EV
 - b. KCl 20% 1 ampolla EV
3. Ceftriaxona 1g cada 12 horas EV
4. Ketoprofeno 100 mg cada 8 horas EV
5. Deambulaci3n precoz
6. CFV + OSA + BHE

Pasadas 24 horas, paciente tolera dieta completa, deambula, micciona espontáneamente, realiza deposiciones. Presenta sangrado escaso vaginal con dolor pélvico (EVA 6/10). Se le solicita dosaje de beta-HCG. A las 48 horas la paciente niega sangrado vaginal y persistencia de dolor pélvico, pero en menor intensidad respecto al día anterior. Se cambia medicación a vía oral con los resultados de beta-HCG en disminución (101,140).

Pasados 3 días, el paciente se encuentra afebril y tolera dieta por vía oral. Manifiesta no sentir dolor en región abdominal, con una evolución favorable. Se le da alta médica con indicaciones y control en una semana. Para el seguimiento en consulta externa, paciente acude a consultorio para retiro de puntos y resultado de beta-HCG (5,670). Adicionalmente, los resultados de anatomía patológica confirman diagnóstico mola hidatiforme completa. Se le programa seguimiento de beta-HCG para la siguiente consulta en 1 semana.

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG), incluidas las molas hidatiformes, es un grupo muy heterogéneo de enfermedades relacionadas con el embarazo que se definen por el crecimiento atípico de tejido trofoblástico. (64)

Los factores de riesgo incluyen la edad materna extrema (menos de 20 años y más de 40 años), antecedentes de embarazo molar y características genéticas y geográficas más específicas. El embarazo molar está relacionado con la fertilización anormal del óvulo que conduce a una proliferación excesiva de células trofoblásticas. (65,66)

La presentación clínica ha ido cambiando con el uso temprano de la ecografía en el primer trimestre, lo que ayuda a su detección lo más temprana posible. Sin embargo, la forma de presentación más común sigue siendo el sangrado vaginal anormal. Otros síntomas son un útero aumentado de tamaño respecto a la edad gestacional calculada, beta hCG elevada, preeclampsia temprana, hiperémesis gravídica, anemia y quistes de tecaluteína. (67,68)

El diagnóstico es clínico principalmente, evidenciado por la combinación de hallazgos clínicos, beta hCG elevada y hallazgos ecográficos. Una ecografía puede revelar un patrón de "tormenta de nieve" para una mola completa, mientras que las molas parciales pueden tener espacios quísticos focales dentro de la placenta. Para confirmar la mola completa es necesario diferenciarlas de

las parciales y eso se logra mediante el análisis anatomopatológico, dando el diagnóstico final. (67)

El tratamiento inicial para pacientes que desean conservar la fertilidad es la succión y legrado uterino, idealmente realizado bajo guía ecográfica. Se debe realizar un seguimiento de por vida con mediciones seriadas de beta hCG, ya que hasta el 15% de las molas hidatiformes pueden eventualmente progresar a neoplasia trofoblástica gestacional (NTG). (64,69)

El pronóstico es favorable cuando la afección se trata precozmente. La gran mayoría de las mujeres pueden ser tratadas con éxito preservando la fertilidad. La tasa de curación es alta, aunque se necesita un seguimiento minucioso para detectar cualquier progresión a NTG. (64,65,68)

Caso N.º4 (NA 117158551)

Paciente mujer de 16 años asiste a consultorio de ginecología referida de endocrinología pediátrica debido a dolor pélvico y metrorragia de aproximadamente un año. La paciente trae exámenes laboratoriales de dosaje de TSH, T4, T3, prolactina, insulina basal, DHE-SO4, ferritina, testosterona total, vitamina D, glucosa basal, vitamina b12, TGO y TGP, con resultados dentro de parámetros normales.

Funciones biológicas

2. Apetito disminuido, sed conservada, diuresis conservada, ritmo evacuatorio habitual, patrón de sueño sin alteraciones

Antecedentes:

- Generales: Niega cirugías previas, niega hospitalizaciones, niega transfusiones, niega RAMs. Vacunas completas.
- Fisiológicos:
 - Menarquia: 11 años
 - FUR: 04/05/2024 – régimen catamenial 4/30, regular.
 - GP: G0P0
 - Niega inicio de relaciones sexuales.
- Patológicos: niega comorbilidades de importancia.
- Familiares: niega enfermedades hereditarias de importancia.

Examen físico:

- General: AREG, AREN, AREH. Ventilando espontáneamente.
- Funciones vitales:
 - PA: 80/60 mmHg
 - FC: 72 lpm
 - FR: 16 rpm
 - T°: 36°C
 - SatO₂: 99%
- Piel: Tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar < 2 segundos. No ictericia, ni cianosis, ni presencia de edemas.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos agregados audibles
- Tórax y pulmón: Simétrico. Amplexación conservada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No ruidos agregados audibles.
- Abdomen: Plano. RHA (+). Blando depresible, no dolor a la palpación. Timpanismo conservado
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-)
- Genitales externos: Femeninos. Tacto vaginal diferido.
- Neurológico: Despierto, activo y reactivo. No focalizaciones. No signos meníngeos.

Exámenes auxiliares

| Parámetro | Valor | Parámetro | Valor |
|-------------|---|---------------------|-------------------------|
| Hemoglobina | 13.5 mg/dL | Urea/Creatinina | 29.3 mg/dL – 0.67 mg/dL |
| Hematocrito | 38% | Serología | No reactiva |
| Leucocitos | 9,800 10 ³ mm ³ | B – hcg cualitativa | Negativa |
| Plaquetas | 467,000 10 ³ mm ³ | Grupo y factor | O+ |
| Glucosa | 80 mg/dL | TP/INR | 11 s/1.1 |

Fuente: Historia Clínica de HMC – Servicio de Ginecología y Obstetricia

Imágenes

3. Ecografía: Se evidencia masa anexial izquierda compleja, con dimensiones de 62 mm x 53 mm x 41 mm, sugestivo de teratoma maduro (quiste dermoide)

4. Resonancia magnética: Masa ovárica izquierda compleja, altamente sugestiva de teratoma maduro (presencia de grasa, componentes sólidos y nódulo de Rokitansky)
5. Radiografía de tórax: Sin patología respiratoria evidenciable

Impresión diagnóstica

1. Tumor ovárico de células germinales, a descartar teratoma maduro por anatomía patológica

Plan de trabajo

Se prepara a paciente para una quistectomía laparoscópica, encontrando los siguientes hallazgos operatorios: Cavity pélvica sin ascitis ni adherencias significativas. Útero de tamaño y morfología normales. Ovario derecho de tamaño normal, sin masas ni alteraciones visibles. Ovario izquierdo aumentado de tamaño, con una masa ovárica compleja de aproximadamente 6 x 5 x 4 cm. La superficie del quiste es lisa y tensa, con contenido visible a través de la pared quística. Al realizar escisión en el quiste se evidenció cabello, material sebáceo y pequeños fragmentos de dientes.

Terapéutica postoperatoria:

1. NPO por 6h, posteriormente dieta líquida
2. Dextrosa 5% 1000 cc EV → 30 gts x min
 - a. NaCl 20% 1 ampolla EV
 - b. KCl 20% 1 ampolla EV
3. Ceftriaxona 1g cada 12 horas EV
4. Ketoprofeno 100 mg cada 8 horas EV
5. Deambulación precoz
6. CFV + OSA + BHE

La paciente tolera dieta completa, deambula, micciona espontáneamente, realiza deposiciones luego de 24 horas de salir de sala de operaciones. En su segundo día post operada, no manifiesta molestias, las heridas operatorias se encuentran no flogóticas, por lo que se cambia medicación a vía oral y es dada de alta médica con indicaciones al día siguiente, con cita para control en consultorio

externo. Paciente acude a consultorio a los 7 días de salir del hospital para retiro de puntos y se le entrega resultados de anatomía patológica donde se confirma diagnóstico de quiste dermoide (teratoma maduro), presentando tejidos derivados las tres capas germinales embrionarias.

Los teratomas maduros, también denominados teratomas quísticos maduros o quistes dermoides, son formaciones benignas originadas a partir de células germinales del ovario. Su característica principal es la de contener tejidos derivados de las tres capas germinales del desarrollo embrionario: ectodermo, mesodermo y endodermo. (70)

Los teratomas maduros se presentan frecuentemente en mujeres jóvenes, representando entre el 65 y el 70% de los tumores de células germinales ováricas. Su origen está relacionado con células germinales que han completado la meiosis I. Si bien gran parte de los casos son esporádicos, en raras ocasiones se ha reportado cierta carga genética familiar. (70,71)

La manifestación clínica de los teratomas maduros puede ser muy variable. En aproximadamente el 20% de los casos, los pacientes no experimentan síntomas y el diagnóstico se da incidentalmente. Cuando hay síntomas, estos pueden incluir dolor abdominal, distensión abdominal o molestias asociadas con torsión ovárica, una complicación descrita en aproximadamente el 5.6% de los casos. En situaciones poco comunes, los teratomas pueden sufrir una transformación maligna, con mayor frecuencia hacia carcinoma de células escamosas. (70,72–75)

El tratamiento habitual para los teratomas maduros es la extirpación quirúrgica, utilizando cirugía mínimamente invasiva o laparoscópica, la cual fue practicada para el manejo de la paciente, debido a su menor tasa de complicaciones postoperatorias, menor tiempo de recuperación, menor dolor, etc No obstante, se ha reportado que esta técnica puede aumentar el riesgo de derrame quístico, la cual fue una complicación no observada en la paciente. (75,76)

El pronóstico para los pacientes con teratomas maduros es generalmente excelente, con tasas de supervivencia sin complicaciones y supervivencia global superiores al 90%. La recurrencia de estos tumores es poco común, especialmente después de una resección completa. (73,75)

3.4 Rotación de Medicina Interna

Caso N.º1 (NA 400512030)

Paciente masculino de 84 años que acude por emergencias, asistido por su hija, la cual refiere que desde hace +/- 5 días se encuentra letárgico, con temblores e hipotensión arterial de 60/40 mmHg. Es estabilizado en y pasa a observación donde y le amplían estudios y se agrega al cuadro clínico dolor en abdomen en cuadrante inferior derecho y mesogastrio, por lo que se solicita una ecografía Abdominal y tomografía abdominopélvica con contraste para descarte de abdomen quirúrgico (sospecha de apendicitis). Las imágenes no tuvieron hallazgos significativos por lo que se le da tratamiento por Gastroenterología por suboclusión intestinal e ITU y es hospitalizado para manejo médico.

Antecedentes

- Familiares: Niega
- Patológicos: Diabetes tipo 2, Hipotiroidismo, Hipertensión arterial, Hipoacusia, Hernia Inguinal Derecha, Secuelas de ACV
- Quirúrgicos: Por fractura de cadera izquierda y colecistectomía
- RAM: Niega

Funciones biológicas

Apetito conservado, sed disminuida, diuresis conservada, ritmo evacuatorio alteración (no realiza deposiciones en 3 días), patrón de sueño alterado (tendencia a sueño)

Funciones vitales

- PA: 120/80 mmHg
- FC: 68 lpm
- FR: 18 rpm
- T°: 37.8°C
- SatO₂: 98%

Examen físico

- AREG, REN, REH

- Piel: T/H/E, llenado capilar <2 segundos, palidez (-), ictericia (-), cianosis (-), no edemas.
- TCSC: De cantidad moderada en distribución adecuada
- Cabeza: normocéfalo
- Adenopatías: (-)
- Tórax y pulmones: simétrico, amplexación conservada, MV pasa bien en AHT, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ritmos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no se evidencia soplo.
- Abdomen: levemente distendido, RHA aumentados en frecuencia e intensidad, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial, leve dolor a la palpación profunda, visceromegalias (-).
- GU: PRU (-), PPL (-), con Sonda Foley y orina clara
- Locomotor: Moviliza 4 extremidades, ROT (+)
- Neurológico: LOTEPE, no focaliza, no signos meníngeos

Exámenes auxiliares

| Parámetros | Valor | Parámetros | Valor |
|-------------|---------------------------------------|--------------------|---|
| Hemoglobina | 9.4 g/dL | PCR | 72.4 |
| Hematocrito | 42% | Albúmina | 3.4 |
| Leucocitos | 1420010 ³ mm ³ | Bilirrubinas | Total 0.9mg/dL, directa 0.31mg/dL, indirecta 0.59 mg/dL |
| Plaquetas | 9,000 10 ³ mm ³ | Fosfatasa alcalina | 127.2 |
| Glucosa | 186.7 mg/dL | TGO/TGP/GGTP | 25, 43.2, 52.3 |
| Urea | 13 mg/dL | Amilasa / Lipasa | 51.5, 7.7 |
| Creatinina | 0.66 mg/dL | Examen de orina | 14 leucocitos por campo |

Fuente: Historia Clínica de HMC – Servicio de Medicina Interna

Ecografía de abdomen inferior

- ✓ Hígado: Tamaño conservado, contornos lisos, parénquima homogéneo con ecogenicidad incrementada, venas suprahepáticas de calibre normal,

vías biliares intrahepáticas de calibre normal. Se observa líquido laminar en el espacio de Morrison.

- ✓ Vesícula biliar: Ausente (colecistectomía previa)
- ✓ Páncreas: Cabeza conservada, imágenes de aspecto quístico en el páncreas, cuerpo y cola no evaluables por interferencia gaseosa.
- ✓ Bazo: 84 x 26 mm, de forma, tamaño y ecogenicidad conservada.
- ✓ Impresiona contenido gaseoso incrementado en marco cólico en moderada cantidad. Líquido perirrenal derecho. Imagen de aspecto quístico en riñones.
- ✓ FID: No se aprecia lesión.

TEM de abdomen superior y pelvis con contraste

- ✓ Leve dilatación de las vías biliares intrahepáticas
- ✓ Calcificación secuelar hepática
- ✓ Secuela colecistectomía ola
- ✓ Pequeñas lesiones quísticas a nivel pancreático
- ✓ Quiste renal izquierdo Bosniak I
- ✓ Engrosamiento mural con aparente espasmo a nivel del colon entre el descendente y el sigmoides y en el colon ascendente
- ✓ Leve engrosamiento mural del duodeno en su 2da y 3era porción
- ✓ Leve prominencia del apéndice cecal
- ✓ Distensión del recto sigmoidea con aumento de contenido fecaloideo
- ✓ Portador de sonda intravesical
- ✓ Escaso líquido laminar en regiones perirrenales bilaterales
- ✓ Aortoesclerosis
- ✓ Hernia inguinal derecha
- ✓ No se observan signos definidos de Intususcepción por lo que se sugiere correlación con clínica y antecedentes del paciente

Interconsultas

- Cirugía General: Paciente conocido por el servicio con dolor abdominal en remisión, con mejoría laboratorial y sin hallazgos de imágenes. Al examen físico Abdomen blando, depresible, Mcburney (-), Murphy (-), no reacción

peritoneal. Por el momento no tributario para manejo quirúrgico ya que no impresiona abdomen agudo quirúrgico.

- Gastroenterología: Se recomienda Polietilenglicol 17 g 1 sobre diluido en 200 cc de agua cada 12 horas por 7 días, solicitar una RMN de abdomen superior + protocolo páncreas con contraste por consultorio externo para evaluar quistes hallados en tomografía, control por endoscopia alta y baja

Impresión diagnóstica

- a. Suboclusión intestinal
- b. Infección tracto urinario
- c. Hipertensión arterial, DM2 e Hipotiroidismo por antecedente
- d. Anemia Moderada
- e. Sepsis resuelta

Tratamiento

1. Hospitalización
2. Dieta blanda amplia hipoglucida a tolerancia Proteína: 1g/kg/día
3. Hidratación: Dextrosa 5% 1000 cc, Cloruro de sodio 20% 2 amp, Cloruro de Potasio 20% 1 amp
4. Antibioticoterapia: Meropenem 2g EV c/8h
5. Esomeprazol 40 mg EV c/24h
6. Levosulpiride 25 mg EV c/8h
7. Levotiroxina 50 mg 1 tab VO c/24h Ayunas
8. Olmesartán 40 mg 1 tab VO c/24h
9. Metoprolol 100 mg ½ tab VO c/24h
10. Amlodipino 10 mg ½ tab VO c/24h
11. Simeticona 80 mg/ml 40 gotas VO c/08h
12. Memantina 10 mg 1 tab VO c/24h
13. Vildagliptina 50 mg 1 tab VO c/12h
14. Doxazosina 4 mg 1 tab VO c/24h
15. Solifenacina 5 mg 1 tab VO c/24h
16. Complejo B 1 tab después del desayuno
17. Ácido Fólico 0.5 mg 2 tab VO c/24h
18. Polietilenglicol 17 g 1 sobre diluido en 200 cc de agua c/12h VO

19. Monitorización de Funciones Vitales y Balance Hidroelectrolítico

La suboclusión intestinal es la existencia de una propulsión intestinal anormal, que no se acompaña de causas mecánicas y se da por un exceso de supresión parasimpática y un exceso de estimulación simpática, lo cual conduce a la hipomotilidad intestinal y puede parecerse clínicamente a un cuadro de obstrucción intestinal, más tiene diferencias clínicas y en los exámenes complementarios. Generalmente esta patología afecta a pacientes que tienen infecciones agudas de base, infartos, consumidores de múltiples fármacos, peritonitis, cuadros de sepsis o se puede presentar luego de haberse realizado una intervención quirúrgica. En el caso presentado, el paciente tuvo una sepsis con foco urinario al ingreso, la cual estuvo acompañada de su suboclusión intestinal. (77)

Clínicamente se observa un paciente con abdomen distendido, blando, depresible, indoloro o con leve dolor, sin signos de reacción peritoneal, con ruidos hidroaéreos presentes o aumentados, a diferencia de una obstrucción en donde encontraremos los ruidos hidroaéreos disminuidos o con timbre metálico. (78)

Para el diagnóstico se solicitaron pruebas de imágenes como una radiografía abdominal simple, donde se observa dilatación de asas intestinales y abundante contenido fecal o gaseoso, en 40% de los casos se puede observar niveles hidroaéreos. El enema con bario se utilizaba como procedimiento para pacientes con alta sospecha de obstrucción mecánica, pero en el resto de los pacientes se prefiere utilizar enemas a baja presión porque existe un riesgo de perforación intestinal. La tomografía computarizada se solicita cuando hay que discernir una obstrucción o pseudoobstrucción por duda diagnóstica. (77)

El manejo aborda la corrección de la causa base, que puede ser hipovolemia, desbalances hidroelectrolíticos, retirar el fármaco que posiblemente esté generando la suboclusión intestinal o como en este caso, dar antibioticoterapia para el manejo de la sepsis por infección del tracto urinario. El uso de sondas nasogástricas no está recomendado de no presentarse signos de obstrucción intestinal como vómitos a repetición o falta de tolerancia por vía oral al igual que

las sondas rectales. Se recomiendan enemas para desimpactación seguidos de Polietilenglicol 10-20 ml/kg cada 12 horas durante 5 días, (79)

La neostigmina es un fármaco que se usa como segunda línea de tratamiento, es un inhibidor reversible de acetilcolinesterasa que mejora los niveles de acetilcolina en los receptores muscarínicos y por ende promueve el peristaltismo y mejora el tránsito intestinal. Como tercera línea de tratamiento se recomienda una descompresión por endoscopia, siempre y cuando no haya signos de isquemia y/o perforación intestinal, la colonoscopia en estos pacientes puede ser utilizada, pero teniendo en cuenta sus posibles complicaciones. (78)

Caso N.º2 (NA 127222500)

Paciente masculino de 24 años manifiesta que desde una semana antes viajó a Lima desde Bagua y empezó a presentar fiebres, cefalea, malestar general y artralgias; por lo que acudió a un Policlínico y se le brindó tratamiento ambulatorio para sintomatología. A pesar de ello 3 días previos a su ingreso persiste con las molestias y se le agrego gingivorragia, hemorragia subconjuntival y un Rush eritematoso en todo el cuerpo acompañado de prurito intenso, por lo que acude por Emergencia al HMC donde es diagnosticado de Dengue con signos de Alarma NS1 (+) y se hospitaliza para manejo médico.

Funciones biológicas

- Apetito disminuido, sed aumentada, diuresis conservada, ritmo evacuatorio habitual, patrón de sueño sin alteraciones

Antecedentes

- Familiares: Niega
- Patológicos: Niega
- Quirúrgicos: Niega
- RAM: Niega

Funciones vitales

- PA: 110/60 mmHg
- FC: 60 lpm

- FR: 18 rpm
- T°: 38.2°C
- SatO₂: 99%

Examen físico

- AREG, BEN, BEH
- Piel: T/H/E, llenado capilar <2 segundos, palidez (-), ictericia (-), cianosis (-), no edemas, Rash eritematoso en MMSS, MMII, espalda y torso, acompañado de máculas hipocrómicas
- TCSC: De cantidad moderada en distribución adecuada
- Cabeza: normocéfalo, con ojos con hemorragia subconjuntival bilateral
- Adenopatías: (-)
- Tórax y pulmones: simétrico, amplexación conservada, MV pasa bien en AHT, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ritmos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no se evidencia soplo.
- Abdomen: plano, RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación, ligera esplenomegalia.
- GU: PRU (-), PPL (-) orina clara
- Locomotor: Moviliza 4 extremidades, ROT (+)
- Neurológico: LOTEP, no focaliza, no signos meníngeos

Exámenes auxiliares

| Parámetros | Valor | Parámetros | Valor |
|-------------|---------------------------------------|--------------------|--|
| Hemoglobina | 13.5 g/dL | IgM Dengue Virus | Positivo |
| Hematocrito | 36.3% | NS1 | Positivo |
| Leucocitos | 6.6 x 10 ³ mm ³ | Bilirrubinas | Total 0.54mg/dL, directa 0.18mg/dL, indirecta 0.36 mg/dL |
| Plaquetas | 8400010 ³ mm ³ | Fosfatasa alcalina | 71.5 |
| Glucosa | 89 mg/dL | TGO/TGP/GGTP | 106.2, 61, 42.7 |
| Urea | 20.2 mg/dL | Examen de orina | No patológico |
| Creatinina | 0.81mg/dL | | |

Fuente: Historia Clínica de HMC – Servicio de Medicina Interna

Impresión diagnóstica

- Dengue con signos de alarma
- Hemorragia Subconjuntival

Tratamiento

1. Dieta blanda atraumática + LAV
2. Hidratación: Solución salina 0.9% 1000 cc I-II-III c/24h
3. Clorfenamina 10 mg EV c/8h
4. Paracetamol 1g EV condicional a $T^{\circ} > 38^{\circ}\text{C}$
5. Monitorización de Funciones Vitales y Balance Hidroelectrolítico

El dengue es una infección viral causada por el virus del dengue, el cual pertenece a los Flavovirus y tiene cuatro serotipos, de los cuales el tipo 2 y 3 ocasionan las presentaciones más graves de la enfermedad. La transmisión se da por el agente *Aedes Aegypti* hembra, un mosquito nocturno. Las manifestaciones clínicas incluyen fiebre, malestar general, mialgias, artralgias, dolor lumbar, erupción cutánea o Rash eritematoso, cefalea y dolor retroocular. Otros síntomas más severos incluyen dolor abdominal, vómitos abundantes, diarrea, oliguria, signos de choque hipovolémico, síndrome de dificultad respiratoria, sangrado grave, hepatitis, entre otros. (80)

Los exámenes de laboratorio que complementan el diagnóstico son el PCR en cualquier momento de la enfermedad, Anti NS1 (+) y la IgM para Dengue virus (+). El virus se introduce en las células del sistema inmune, principalmente los macrófagos y células dendríticas a través de receptores como el DC-SIGN. El sistema inmunológico responde a la infección produciendo citocinas proinflamatorias (como TNF- α , IL-6, IL-8, y IFN- γ), que son fundamentales en la defensa antiviral. Sin embargo, esta respuesta inmune puede volverse hiperactiva, causando una respuesta inflamatoria sistémica que contribuye a los síntomas clínicos del dengue, como fiebre, exantema, dolor retroocular y mialgias. En casos graves, la liberación descontrolada de citocinas (lo que se denomina tormenta de citoquinas) puede llevar a un incremento en la permeabilidad capilar, contribuyendo a la extravasación de líquido. (81)

En el Perú, durante el 2024 se produjo un alto índice de casos en Lima metropolitana, por lo que se emitió una alerta epidemiológica por parte del CDC y MINSA. Se reportaron un total de 273847 casos, de los cuales el 90.29% corresponden a casos leves y sólo un 9.44% eran pacientes que padecían la enfermedad presentando signos de alarma. (82)

El manejo del dengue consiste en la indentificación de los signos de alarma y las comorbilidades, en base a ello podemos agrupar a los pacientes para el tratamiento en:

- Grupo a: dengue sin signos de alarma ni comorbilidad
- Grupo b: dengue sin signos de alarma con comorbilidad
- Grupo c: dengue con signos de alarma
- Grupo d: dengue grave

El grupo A recibe tratamiento ambulatorio en domicilio y sintomatológico, como la reposición de líquidos vía oral de 60 cc/kg/día, paracetamol e instrucción para la prevención de la picadura del *A.aegypti*. El grupo B suele tener un manejo hospitalario por tener comorbilidades asociadas, pero el manejo suele ser el mismo que el grupo anterior. En el grupo C los pacientes que llegan levemente deshidratados y consumen fármacos antihipertensivos, se les debe colocar fluidos endovenosos 10 cc/kg y suspender la medicación, así como considerar cambio de anticoagulante. Finalmente, los pacientes del grupo D deben ser tratados en UCI de preferencia, con monitoreo constante, uso de cristaloides (NaCl 0.9%, Lactato ringer, etc) a 20 cc/kg en 15-30 min y considerar la necesidad del uso de aminos. (83,84)

Caso N.º3 (NA: 100691620)

Paciente femenina de 93 años es traída de emergencia al HMC ya que familiar refiere que desde hace 8 días presenta tos seca, disnea y fiebres que han ido progresivamente empeorando, por lo que se hospitaliza para monitorización y manejo de cuadro respiratorio.

Funciones biológicas

- Apetito disminuido, sed conservada, diuresis conservada, disminución en la frecuencia de deposiciones, patrón de sueño invertido

Antecedentes

- Patológicos: hipotiroidismo, Ca de mama tratado con RT + Linfadenectomía en el 2012
- Quirúrgicos: STENT por Aneurisma Aorta Abdominal 2020, Mastectomía diferida 2012, cirugía de meniscos 2007, Apendicectomía 1990
- Familiares: padre tenía un aneurisma en la aorta, hijos con DM2, HTA, NM colon, Insuficiencia renal y mieloma múltiple
- RAM: Niega

Funciones vitales

- PA 147/79 mmHg
- FC 122 lpm
- FR 24 rpm
- SatO₂ 96%

Examen físico

- AREG, REN, REH
- Piel: T/H/E, llenado capilar <2 segundos, palidez (-), ictericia (-), cianosis (-), no edemas
- TCSC: De cantidad moderada en distribución adecuada
- Cabeza: normocéfalo
- Adenopatías: (-)
- Tórax y pulmones: simétrico, amplexación conservada, MV pasa bien en AHT, sibilantes y roncales difusos en ambos campos pulmonares
- Cardiovascular: Ritmos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no se evidencia soplo.
- Abdomen: globuloso a expensas de tejido adiposo, RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación.
- GU: PRU (-), PPL (-) orina clara
- Locomotor: Moviliza 4 extremidades, ROT (+)
- Neurológico: LOTEPE, no focaliza, no signos meníngeos

Exámenes auxiliares

| Parámetros | Valor | Parámetros | Valor |
|-------------|--|-----------------|--|
| Hemoglobina | 12.8 g/dL | PCR | 47.7 |
| Hematocrito | 37% | AGA | pH 7.47, pCO ₂ 32.9, pO ₂ 78, HCO ₃ 23.5, PaFi 243, FiO ₂ 36 |
| Leucocitos | 11000 10 ³ mm ³ | Electrolitos | Na 139 mmol/L, K 3.6 mmol/L, Cloro 108 mmol/L |
| Plaquetas | 178000 10 ³ mm ³ | ProBNP | 7184 pg/ml |
| Glucosa | 176 mg/dL | Examen de orina | No patológico |
| Urea | 38 mg/dL | | |

Fuente: Historia Clínica de HMC – Servicio de Medicina Interna

Impresión diagnóstica

- a. Insuficiencia Respiratoria tipo 1: Neumonía atípica por SARS COV 2
- b. Adulto mayor frágil
- c. Hipotiroidismo
- d. Insuficiencia cardiaca

Tratamiento

1. Dieta blanda + LAV
2. Solución salina 0.9% 1000 cc 45cc por hora
3. Meropenem 1g 1 amp EV c/8h
4. Esomeprazol 40 mg 1 amp EV c/24h
5. Hidrocortisona 250 mg 1 amp EV c/8h
6. Espironolactona 25 mg 1 tab VO c/24h
7. Enoxaparina 40mg SC c/24h
8. Bromuro de ipratropio 3 puff c/4 h con aerocámara
9. N-Acetilcisteína 600mg 1 tab VO c/08h
10. Nebulización con N-Acetilcisteína 300 mg ½ amp + 5 cc de SF c/08h
11. Aspiración de secreciones post nebulización y a demanda
12. Salbutamol 3 puff c/4 h con aerocámara
13. Salmeterol + Fluticasona 2 puff c/12h por aerocámara
14. Carvedilol 12.5mg ½ tab VO c/12h
15. Rosuvastatina 20mg ½ tab VO c/24h

16. Levotiroxina 50mg 01 tab VO c/24h en ayunas
17. Furosemida 20mg ½ amp EV c/12h
18. Lactulosa 3.33% suspensión oral 20 cc VO c/12h
19. Paracetamol 1g 1 amp EV PRN a Temperatura mayor de 38 °C
20. O2 húmedo por CBN a 5 lt/h regulable para mantener SatO2 mayor de 92%
21. Monitorización de Funciones Vitales y Balance Hidroelectrolítico

El SARS-Cov2 es un virus perteneciente a los Coronavirus, el cual ingresa por la vía respiratoria alta como aerosol y se adhiere al receptor ACE2 por sus proteínas Spike, una vez que logra replicarse y liberarse en el tracto respiratorio, el sistema inmune responde activando una cascada de citoquinas proinflamatorias, lo que a nivel pulmonar puede convertirse en una neumonía viral, como el caso de la paciente mencionada. (85)

El diagnóstico se confirma con pruebas moleculares positivas y pruebas antigénicas positivas; además del antecedente de contacto con otra persona con COVID 19. Las manifestaciones clínicas suelen ser malestar general, fiebre, artralgia, disnea, diarrea, anosmia, agenesia, tos seca, cefalea, rinorrea y en casos más graves la insuficiencia respiratoria. (86,87)

Durante la tormenta de citocinas que se produce en la enfermedad se está recomendando el uso de inhibidores de IL-6 como el tocilizumab, un fármaco autorizado por China, EE. UU. e Italia ya que se ha observado una disminución de mortalidad. El Remdesivir es un antiviral también aprobado para el uso de pacientes complicados que generalmente se suele escalar la dosis los primeros 5 días y ha demostrado en estudios reducir el tiempo de enfermedad, más no influir en la mortalidad de los pacientes. Los corticoides como la dexametasona se reservan para casos graves que se encuentran bajo ventilación mecánica, ya que ha demostrado reducir la mortalidad. Respecto a la antibioticoterapia no está recomendada en pacientes con SARS-Cov2 rutinariamente, pero en algunos casos por la posibilidad de reinfección se valora su uso y cada paciente que presente $pO_2 < 60$ mmHg será tributario para recibir oxigenoterapia. (85–87)

Caso N.º4 (106635821)

Paciente femenina de 72 años, hipertensa y con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), llega a emergencia debido a una dificultad respiratoria progresiva de dos días de evolución, con aumento de la frecuencia respiratoria y cansancio importante. La paciente refiere que comenzó con tos seca, la cual posteriormente se volvió productiva, con expectoración blanquecina sin sangre. Presenta dificultad para respirar en reposo, pero niega dolor torácico. Sus familiares indican que en las últimas horas han notado que su piel ha tomado un tono levemente azulado en los labios y las yemas de los dedos, además de observar episodios de desorientación leve.

Funciones biológicas: Apetito: Disminuido. Sed: Conservada. Orina: Conservada. Heces: Normales. Sueño: Interrumpido por disnea. Peso: Estable. Ánimo: Decaído por limitación en la respiración.

Antecedentes:

- Patológicos: EPOC en tratamiento con broncodilatadores. Hipertensión arterial controlada con enalapril. No alergias conocidas.
- Sin antecedentes quirúrgicos. No historia de intubación previa o hospitalizaciones por enfermedades respiratorias agudas recientes.
- Familiares: Madre fallecida por insuficiencia cardíaca. Padre con antecedentes de asma.

Examen físico:

- General: AREG, ligeramente agitada, con disnea evidente. Saturación de oxígeno en reposo disminuida.
- Funciones vitales:
 - PA: 140/85 mmHg
 - FC: 95 lpm
 - FR: 28 rpm
 - T: 37,2°C
 - SatO₂: 86% a FiO₂ 0.21
- Piel: Cianosis leve en labios y lechos ungueales. Sin lesiones ni edema periférico.

- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Tórax y pulmón: Simétrico. Amplexión conservada. Murmullo vesicular disminuido bilateralmente con roncós y sibilancias. No se auscultan estertores.
- Abdomen: Plano. RHA (+). Blando depresible, no doloroso. Timpanismo conservado
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-).
- Neurológico: Ligeramente desorientada en el tiempo, pero orientada en espacio y persona. Fuerza y sensibilidad conservadas.

Exámenes auxiliares

| Parámetro | Valor | Parámetro | Valor |
|-------------|--|-------------------|-----------|
| Hemoglobina | 14.1 g/dL | Glucosa | 110 mg/dL |
| Hematocrito | 42% | Urea | 40 mg/dL |
| Leucocitos | 10,8 x 10 ³ mm ³ | Creatinina | 0.9 g/dL |
| Plaquetas | 230 x 10 ³ mm ³ | pH | 7,45 |
| | | PaO ₂ | 49 mmHg |
| | | PaCO ₂ | 43 mmHg |

Fuente: Historia Clínica de HCM – Servicio de Medicina Interna

Imágenes:

- Radiografía de tórax PA: No se observan consolidaciones en ACP. Se evidencia patrón compatible de inflamación bronquial

Impresión diagnóstica

- Insuficiencia respiratoria aguda tipo I: Exacerbación aguda de EPOC por bronquitis aguda

Plan de trabajo

- Farmacológico:
 - Oxígeno por CBN a 2-3 L/min para mantener SatO₂ 88 – 92%
 - Amoxicilina/clavulánico 875/125 mg VO cada 12 horas por 7 días.
 - Nebulización con salbutamol y bromuro de ipratropio cada 6 horas.
 - Enalapril 5 mg VO cada 12 horas para la hipertensión arterial.

- No farmacológico:
 - Reposo relativo para evitar el esfuerzo excesivo.
 - Hidratación adecuada.
 - Fisioterapia respiratoria y ejercicios de expansión pulmonar.
 - Educación en el autocuidado y evitar exposición a irritantes respiratorios.

La paciente fue hospitalizada por insuficiencia respiratoria aguda tipo 1 secundaria exacerbación aguda de EPOC por bronquitis aguda. Se inició tratamiento con oxígeno suplementario para mantener la saturación entre 88 y 92% y antibióticos, acompañado de nebulizaciones con broncodilatadores. Durante los primeros 3 días, la paciente mostró mejoría de la disnea y reducción en la frecuencia respiratoria. Los niveles de saturación se mantuvieron estables entre 92-94% con apoyo de oxígeno. La paciente presentó mejoría gradual de la tos productiva y pudo movilizarse con menor dificultad. No se reportaron efectos adversos por los antibióticos. La paciente fue dada de alta al quinto día con antibioticoterapia por vía oral (amoxicilina/clavulánico), antihipertensivos e indicación para iniciar fisioterapia respiratoria junto con control ambulatorio por el servicio de neumología y seguimiento con espirometría en 30 días:

Las exacerbaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) representan un evento clínico relevante caracterizado por un empeoramiento repentino de los síntomas respiratorios, como disnea, aumento de la tos y mayor producción de esputo, que requiere intervenciones terapéuticas adicionales. (88)

Los principales desencadenantes incluyen infecciones respiratorias de origen viral o bacteriano y la exposición a contaminantes ambientales. Otros factores de riesgo incluyen el tabaquismo, la contaminación del aire, comorbilidades como insuficiencia cardíaca y tromboembolismo, así como factores genéticos y nutricionales. (88,89)

Durante una exacerbación aguda, los pacientes experimentan un incremento en la disnea, tos frecuente e intensa, y modificaciones en la cantidad y la purulencia del esputo. Estas exacerbaciones aceleran el declive pulmonar y aumentan el número de hospitalizaciones. (90)

El diagnóstico requiere el análisis de la anamnesis y el examen físico, que es complementado con la oximetría de pulso, cultivos de esputo, radiografías de tórax y análisis de gases arteriales en casos graves. Es esencial diferenciar estas exacerbaciones de otras condiciones con síntomas similares, como insuficiencia cardíaca o neumonía. (88–90)

El tratamiento hace uso de broncodilatadores inhalados de acción corta, corticoides sistémicos, y antibióticos bajo la sospecha de infección bacteriana. También se emplea oxigenoterapia buscando niveles de saturación entre el 88% y el 92%. En pacientes con insuficiencia respiratoria aguda, la ventilación no invasiva (VNI) es una intervención fundamental. Además, se recomienda la rehabilitación pulmonar y un seguimiento médico temprano para reducir el riesgo de recurrencias. (88,90,91)

Las exacerbaciones agudas de la EPOC representan un evento negativo en la calidad de vida y están asociadas con una mayor mortalidad. Aproximadamente el 25% de los pacientes hospitalizados por una exacerbación fallecen en el transcurso de un año, y hasta el 65% dentro de cinco años. La prevención de futuras exacerbaciones, mediante el uso de broncodilatadores de acción prolongada, esteroides inhalados y otras terapias, es esencial para mejorar el pronóstico a largo plazo. (92,93)

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico es el capítulo final de la carrera de medicina humana y resulta siendo beneficioso para el crecimiento profesional del estudiante. Para los alumnos que pertenecen a esta generación el internado tuvo un valor muy grande, ya que se perdió la oportunidad de realizar diversas actividades hospitalarias durante la pandemia por Sars-COV2.

El Hospital Militar Central antes de iniciar el año brindó una charla de capacitación y orientación enfocada en lo internos, para que sepamos cómo desenvolvemos en la institución y diversos servicios que ofrece. Esto además permitió que nos familiaricemos con ciertas reglas propias de una institución militar. Mencionado lo siguiente, el establecimiento de salud y de los profesionales que ejercen en él, se basa en cuidar la integridad del paciente, brindando atención de calidad.

En cada una de las rotaciones se apoya completando historias clínicas, informes de evolución diarios, efectivizar exámenes de laboratorio y/o imágenes necesarias para el adecuado diagnóstico y manejo del paciente, tanto en el área de hospitalización como en emergencia, todo esto siempre supervisado y corregido por un médico residente y asistente del servicio.

Para culminar, el rol que se tiene como interno de medicina humana en los establecimientos de salud es elemental, permite consolidar conocimientos adquiridos durante la carrera, colocando a los estudiantes en escenarios clínicos reales y brinda conocimientos sobre el área de gestión de salud, muy importante para la vida profesional y los futuros médicos que brinden el servicio en Serum dentro del país. Todos los casos mencionados, brindaron experiencia y permitieron el desarrollo de competencias en todos los colegas que formaron parte de este ciclo.

V. CONCLUSIONES

1. Durante el año 2024, el programa de internado médico volvió a tener su duración de 12 meses en la sede hospitalaria, tal y como se realizaba en años anteriores. Las plazas ofrecidas por las Fuerzas Armadas y Policiales mantuvieron el programa completo dentro de sus instalaciones los doce meses del año, lo cual fue una ventaja para el desarrollo de las habilidades prácticas y clínicas del interno. El Hospital Militar Central ofreció la posibilidad de realizar un mes de rotaciones externas para los servicios de pediatría y ginecología, en aras de ampliar las experiencias clínicas de sus internos, con lo cual demuestra el interés que mantiene en la correcta formación académica.
2. El Hospital Militar Central mantiene una ética de trabajo centrada en la atención del personal militar y su familia, pero que puede dirigirse también al personal civil cuando se suscitan situaciones de urgencia. Este sentido del deber y cooperación es transmitido a los internos mediante la docencia y la retroalimentación continua a lo largo de las rotaciones clínicas, formando de manera integral y humanística a los futuros médicos del país.
3. Las experiencias vividas dentro de las instalaciones del HMC, las relaciones entre médicos residentes, asistentes, personal de enfermería, entre otros fueron de vital importancia para nuestra formación profesional y para una atención con calidad y calidez a los pacientes que acudieron al nosocomio en busca de apoyo para recuperar su salud.

VI. RECOMENDACIONES

1. Se debe priorizar una correcta comunicación entre las autoridades del hospital y la directiva del programa del internado, para evitar la emisión de comunicados repentinos que pueden afectar negativamente la experiencia del internado médico en un futuro.
2. El centro hospitalario, con ayuda del personal docente debe mantener el orden y la disciplina dentro de sus instalaciones, teniendo en cuenta su calidad militar, con sanciones adecuadas a la gravedad de la falta.
3. El cumplimiento de los horarios de trabajo, el servicio alimentación para personal de guardia, la entrega de equipos de protección personal, así como la expedición del estipendio mensual son las disposiciones que el nosocomio debería garantizar para los internos que laboran como parte de su servicio asistencial. Su incumplimiento crea un ambiente laboral no amigable y que repercute en la calidad de atención que se puede ofrecer a los pacientes,

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hernández-Granados P, Henriksen NA, Berrevoet F, Cuccurullo D, López-Cano M, Nienhuijs S, et al. European Hernia Society guidelines on management of rectus diastasis. *Br J Surg*. 23 de octubre de 2021;108(10):1189-91.
2. AEC [Internet]. [citado 16 de enero de 2025]. Reparación Endoscópica Pre-Aponeurótica (REPA): técnica quirúrgica para el tratamiento simultáneo de hernias ventrales y diástasis de rectos. | aecirujanos.es. Disponible en: https://www.aecirujanos.es/Reparacion-Endoscopica-PreAponeurotica-REPA-tecnica-quirurgica-para-el-tratamiento-simultaneo-de-hernias-ventrales-y-diastasis-de-rectos_es_300_282.html#!
3. Categorización de la diverticulitis aguda de colon izquierdo mediante ecografía y tomografía computarizada. Valor de las clasificaciones de gravedad disponibles [Internet]. [citado 16 de enero de 2025]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-avance-resumen-categorizacion-diverticulitis-aguda-colon-izquierdo-S003383382100028X?newsletter=true>
4. Fluxá D, Quera R. Enfermedad diverticular: mitos y realidades. *Rev Médica Chile*. febrero de 2017;145(2):201-8.
5. Hernández Guerrero A, Abdo Francis JM, Brito Lugo P, de la Torre Bravo A, Marín Pineda R, Stoopen Rometti M. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular del colon. Cuadros clínicos y diagnóstico. *Rev Gastroenterol México*. 1 de octubre de 2008;73(4):258-64.
6. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases [Internet]. [citado 16 de enero de 2025]. Definición y hechos sobre la enfermedad diverticular - NIDDK. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/diverticulosis-diverticulitis/definicion-informacion>
7. Ávila E, Sepúlveda RA, Ruedi C, Muñoz F, Andresen M, Ávila E, et al. Trastorno grave del medio interno por fístula enterovesical, a propósito de un caso clínico. *Rev Médica Chile*. enero de 2022;150(1):120-4.
8. Suárez-Grau JM, Bellido-Luque JA, Pastrana-Mejía A, Gómez-Menchero J, Luis García-Moreno J, Durán-Ferreras I, et al. Resección de fístula enterovesical (íleon terminal y colon sigmoides) de origen tuberculoso mediante abordaje laparoscópico. *Rev Esp Enfermedades Dig*. julio de 2012;104(7):391-2.
9. Frenette C, Mendiratta-Lala M, Salgia R, Wong RJ, Sauer BG, Pillai A. ACG Clinical Guideline: Focal Liver Lesions. *Am J Gastroenterol*. 1 de julio de 2024;119(7):1235-71.
10. Echinococcosis - DynaMedex [Internet]. [citado 16 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.dynamedex.com/condition/echinococcosis>

11. Hidatidosis / Equinococosis - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2024 [citado 16 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/hidatidosis-equinococosis>
12. CDC - DPDx - Echinococcosis [Internet]. 2019 [citado 16 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/dpdx/echinococcosis/index.html>
13. Mejri A, Arfaoui K, Omry A, Yaakoubi J, Mseddi MA, Rchidi J, et al. Acute intraperitoneal rupture of hydatid cysts of the liver: Case series. *Medicine (Baltimore)*. 5 de noviembre de 2021;100(44):e27552.
14. Surgical management of cystic echinococcosis of the liver - PubMed [Internet]. [citado 14 de enero de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37548389/>
15. Elmoghazy W, Alqahtani J, Kim SW, Sulieman I, Elaffandi A, Khalaf H. Comparative analysis of surgical management approaches for hydatid liver cysts: conventional vs. minimally invasive techniques. *Langenbecks Arch Surg*. 18 de agosto de 2023;408(1):320.
16. Jaén-Torrejimeno I, Latorre-Fragua R, López-Guerra D, Rojas-Holguín A, Manuel-Vázquez A, Blanco-Fernández G, et al. Jaundice as a clinical presentation in liver hydatidosis increases the risk of postoperative biliary fistula. *Langenbecks Arch Surg*. junio de 2021;406(4):1139-47.
17. Pancreatitis aguda - Trastornos gastrointestinales - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [citado 16 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/pancreatitis/pancreatitis-aguda>
18. Álvarez-Aguilar PA, Dobles-Ramírez CT, Álvarez-Aguilar PA, Dobles-Ramírez CT. Pancreatitis aguda: fisiopatología y manejo inicial. *Acta Médica Costarric*. marzo de 2019;61(1):13-21.
19. Takada T, Isaji S, Mayumi T, Yoshida M, Takeyama Y, Itoi T, et al. JPN clinical practice guidelines 2021 with easy-to-understand explanations for the management of acute pancreatitis. *J Hepato-Biliary-Pancreat Sci*. octubre de 2022;29(10):1057-83.
20. Rivera Pérez MÁ, Quezada González BK, Quiñónez Espinoza M, Almada Valenzuela RR, Rivera Pérez MÁ, Quezada González BK, et al. Manejo de estomas complicados y/o abdomen hostil con la técnica de condón de Rivera. Diez años de experiencia. *Cir Gen*. junio de 2017;39(2):82-92.
21. Guía técnica: Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la neumonía en la niña y el niño [Internet]. [citado 14 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/1091053-guia-tecnica-guia-de-practica-clinica-para-el-diagnostico-y-tratamiento-de-la-neumonia-en-la-nina-y-el-nino>
22. Meyer Sauter PM. Childhood community-acquired pneumonia. *Eur J Pediatr*. marzo de 2024;183(3):1129-36.

23. Rees CA, Kuppermann N, Florin TA. Community-Acquired Pneumonia in Children. *Pediatr Emerg Care*. 1 de diciembre de 2023;39(12):968-76.
24. Casteleiro ÁM, Redecilla CM, García AT. Neumonía adquirida en la comunidad.
25. Expert Panel on Pediatric Imaging, Chan SS, Kotecha MK, Rigsby CK, Iyer RS, Alazraki AL, et al. ACR Appropriateness Criteria® Pneumonia in the Immunocompetent Child. *J Am Coll Radiol JACR*. mayo de 2020;17(5S):S215-25.
26. de Benedictis FM, Kerem E, Chang AB, Colin AA, Zar HJ, Bush A. Complicated pneumonia in children. *Lancet Lond Engl*. 12 de septiembre de 2020;396(10253):786-98.
27. Community-Acquired Pneumonia in Children - DynaMedex [Internet]. [citado 14 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.dynamedex.com/condition/community-acquired-pneumonia-in-children-1>
28. Antibiotics for Pediatric Inpatients With Community-Acquired Pneumonia - DynaMedex [Internet]. [citado 14 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.dynamedex.com/management/antibiotics-for-pediatric-inpatients-with-community-acquired-pneumonia-2#GUID-4FBA5290-EE86-46DE-AF82-CAEC57727CE1>
29. Azevedo SP da C de, Barros LGB de, Krey JG, Pinto LA, Amantéa SL. Croup review: comparative analysis of acute and recurrent croup. *J Bras Pneumol*. 6 de diciembre de 2024;50:e20240353.
30. Nejashmij VR. Croup in Children and Risk Factors. *PRILOZI*. 1 de noviembre de 2024;45(3):67-76.
31. Choi YY, Kim YS, Lee SY, Sim J, Choe YJ, Han MS. Croup as a Manifestation of SARS-CoV-2 Omicron Variant Infection in Young Children. *J Korean Med Sci*. 23 de mayo de 2022;37(20):e140.
32. Croup - DynaMedex [Internet]. [citado 14 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.dynamedex.com/condition/croup>
33. Smith DK, McDermott AJ, Sullivan JF. Croup: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 1 de mayo de 2018;97(9):575-80.
34. Quraishi H, Lee DJ. Recurrent Croup. *Pediatr Clin North Am*. abril de 2022;69(2):319-28.
35. Sowa LE, Stillwell PC, Houin PR, Nguyen N, Prager JD, Wine T, et al. Prophylactic inhaled corticosteroids for the management of recurrent croup. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. julio de 2023;170:111600.
36. Lee EP, Mu CT, Yen CW, Hsia SH, Lin JJ, Chan OW, et al. Predictors of disease severity and outcomes in pediatric patients with croup and COVID-19

in the pediatric emergency department. *Am J Emerg Med.* octubre de 2023;72:20-6.

37. Global Initiative for Asthma - GINA [Internet]. [citado 14 de enero de 2025]. 2024 GINA Main Report. Disponible en: <https://ginasthma.org/2024-report/>
38. Pediatric asthma: Principles and treatment - PubMed [Internet]. [citado 14 de enero de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31690377/>
39. Melén E, Zar HJ, Siroux V, Shaw D, Saglani S, Koppelman GH, et al. Asthma Inception: Epidemiologic Risk Factors and Natural History Across the Life Course. *Am J Respir Crit Care Med.* 15 de septiembre de 2024;210(6):737-54.
40. Murray CS, Jackson DJ, Teague WG. Prevention and Outpatient Treatment of Asthma Exacerbations in Children. *J Allergy Clin Immunol Pract.* julio de 2021;9(7):2567-76.
41. GEMA 5.4 - Guía española para el manejo del asma [Internet]. [citado 14 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.semg.es/index.php/consensos-guias-y-protocolos/427-gema-5-4-guia-espanola-para-el-manejo-del-asma>
42. Asthma Exacerbation in Adults and Adolescents - DynaMedex [Internet]. [citado 14 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.dynamedex.com/condition/asthma-exacerbation-in-adults-and-adolescents>
43. Rogerson CM, White BR, Abu-Sultaneh S. Pharmacological Management of Pediatric Critical Asthma. *Respir Care.* 30 de septiembre de 2024;respcare.12458.
44. Dabbs W, Bradley MH, Chamberlin SM. Acute Asthma Exacerbations: Management Strategies. *Am Fam Physician.* enero de 2024;109(1):43-50.
45. Protocolos. Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) [Internet]. [citado 15 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=8317
46. Brandström P, Hansson S. Urinary Tract Infection in Children. *Pediatr Clin North Am.* diciembre de 2022;69(6):1099-114.
47. Ernest R, Lema N, Yassin S, Joachim A, Majigo M. Bacterial aetiology, antimicrobial susceptibility patterns, and factors associated with urinary tract infection among under-five children at primary health facility, North-Western Tanzania. *PloS One.* 2024;19(5):e0303369.
48. Belko NA, Pohl HG. Pediatric Urinary Tract Infections. *Urol Clin North Am.* noviembre de 2024;51(4):537-49.

49. Urinary Tract Infection (UTI) in Children - DynaMedex [Internet]. [citado 15 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.dynamedex.com/condition/urinary-tract-infection-uti-in-children>
50. Veauthier B, Miller MV. Urinary Tract Infections in Young Children and Infants: Common Questions and Answers. *Am Fam Physician*. 1 de septiembre de 2020;102(5):278-85.
51. Tullus K, Shaikh N. Urinary tract infections in children. *Lancet Lond Engl*. 23 de mayo de 2020;395(10237):1659-68.
52. Mattoo TK, Shaikh N, Nelson CP. Contemporary Management of Urinary Tract Infection in Children. *Pediatrics*. febrero de 2021;147(2):e2020012138.
53. Fábregues F, Peñarrubia J. Mioma uterino. Manifestaciones clínicas y posibilidades actuales de tratamiento conservador. *Med Integral*. 15 de septiembre de 2002;40(5):190-5.
54. Sosa Martín G, Gutiérrez Gaytán LR, Crespo Galán A. Mioma uterino gigante. *Rev Cuba Cir*. diciembre de 2011;50(4):555-9.
55. Grilli MN, Zencich D, Mejías C, Macció J, Forestieri OÁ, Uranga A. Miomatosis uterina [Internet]. Universidad Nacional de La Plata (UNLP); 2022 [citado 17 de enero de 2025]. Disponible en: <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/147699>
56. Saguma Puelles F, Gil Campos M del R. Factores de riesgo asociados a miomatosis uterina en pacientes de 20 a 40 años del hospital II-1 Rioja 2021-2022. *Repos Inst - USS* [Internet]. 2023 [citado 17 de enero de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/10973>
57. Manejo de miomatosis uterina | Metro Ciencia [Internet]. [citado 17 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/578>
58. Miomatosis uterina, un desafío terapéutico en ginecología y fertilidad. Artículo de revisión de la literatura | *Mediciencias UTA* [Internet]. [citado 17 de enero de 2025]. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/1626>
59. Bartholin Gland Cyst and Abscess - DynaMedex [Internet]. [citado 15 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.dynamedex.com/condition/bartholin-gland-cyst-and-abscess>
60. Grinberg N, Rotem R, Diamant H, Barg M, Sheizaf B, Yohai D, et al. Clinical and microbiological features of Bartholin's gland abscess in pregnant and non-pregnant women. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet*. abril de 2021;34(7):1127-32.
61. Treviño Cavazos O. Características clínicas y microbiológicas de los abscesos de la glándula de Bartholin y su manejo intrahospitalario [Internet]

[engd]. Universidad Autónoma de Nuevo León; 2021 [citado 15 de enero de 2025]. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/22457/>

62. Rotem R, Diamant C, Rottenstreich M, Goldgof M, Barg M, Greenberg N, et al. Surgical Treatment of Bartholin's Gland Abscess: Is Word Catheter Superior to Marsupialization? *J Minim Invasive Gynecol*. 1 de junio de 2021;28(6):1211-5.
63. Delgado F. Absceso de la glándula de bartolino. *Rev Fac Cienc Médicas Córdoba*. 13 de diciembre de 2020;77(4):345-50.
64. Gestational Trophoblastic Disease: Current Evaluation and Management - PubMed [Internet]. [citado 14 de enero de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33416290/>
65. Ferreres Martínez S. La enfermedad trofoblástica gestacional. Revisión bibliográfica. junio de 2023 [citado 16 de enero de 2025]; Disponible en: <https://titula.universidadeuropea.com/handle/20.500.12880/7621>
66. Vélez-Bohórquez M, Olaya-Contreras M. Enfermedad trofoblástica gestacional. Revisión de la bibliografía. | EBSCOhost [Internet]. Vol. 60. 2022 [citado 16 de enero de 2025]. p. 1. Disponible en: <https://openurl.ebsco.com/contentitem/doi:10.24245%2Fpatrl.v60id.5237?sid=ebsco:plink:crawler&id=ebsco:doi:10.24245%2Fpatrl.v60id.5237>
67. Lok C, Frijstein M, van Trommel N. Clinical presentation and diagnosis of Gestational Trophoblastic Disease. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. julio de 2021;74:42-52.
68. Hydatidiform Mole - DynaMedex [Internet]. [citado 16 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.dynamedex.com/condition/hydatidiform-mole#GUID-B696DBEC-45E7-45AA-8AF2-6C3255196B89>
69. Ngan HYS, Seckl MJ, Berkowitz RS, Xiang Y, Golfier F, Sekharan PK, et al. Diagnosis and management of gestational trophoblastic disease: 2021 update. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. octubre de 2021;155 Suppl 1(Suppl 1):86-93.
70. Cong L, Wang S, Yeung SY, Lee JHS, Chung JPW, Chan DY. Mature Cystic Teratoma: An Integrated Review. *Int J Mol Sci*. 24 de marzo de 2023;24(7):6141.
71. Peña RRB, Bráz FDRJM, Veitía YH, Guerrero MJD. Teratoma quístico maduro de ovario. *Rev Cuba Med Mil*. 29 de marzo de 2023;52(2):e02302403-e02302403.
72. Wu SY, Giannini A, Girardo M, Schmitt A, Magrina JF, Butler K. Malignant Transformation of Squamous Cell Carcinoma in Mature Cystic Teratoma of the Ovary: A Systematic Review and Meta-Analysis of Data. *Gynecol Obstet Invest*. 19 de noviembre de 2024;1-13.

73. Mature Cystic Teratoma of the Ovary - DynaMedex [Internet]. [citado 16 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.dynamedex.com/condition/mature-cystic-teratoma-of-the-ovary>
74. Zenun SC, Silva MTS e, Silva AF, Macedo RA de, Alves CTRR. Teratoma cístico maduro: um relato de caso. Braz J Dev. 14 de septiembre de 2023;9(9):26462-6.
75. Tankou J, Foley OW, Liu CY, Melamed A, Schantz-Dunn J. Dermoid cyst management and outcomes: a review of over 1000 cases at a single institution. Am J Obstet Gynecol. octubre de 2024;231(4):442.e1-442.e7.
76. Braun MM, Meloni I. Teratoma maduro: o papel da ultrassonografia no seu diagnóstico diferencial – relato de caso: Mature teratoma: the role of ultrasonography in its differential. Braz J Health Rev. 31 de agosto de 2022;5(4):17105-12.
77. Delgado-Aros S, Camilleri M. Manejo clínico de la pseudoobstrucción aguda de colon en el enfermo hospitalizado: revisión sistemática de la bibliografía. Gastroenterol Hepatol. 1 de diciembre de 2003;26(10):646-55.
78. Puente-Gutiérrez JJ, Marín-Moreno MA, Domínguez-Jiménez JL, Bernal-Blanco E. Sociedad Andaluza de Patología Digestiva. 2017 [citado 16 de enero de 2025]. Pseudoobstrucción intestinal aguda | RAPD Online | SAPD. Disponible en: <https://www.sapd.es/rapd/2017/40/1/03>
79. Bautista Casasnovas A, Argüelles Martín F, Peña Quintana L, Polanco Allué I, Sánchez Ruiz F, Varea Calderón V. Recomendaciones para el tratamiento del estreñimiento funcional. An Pediatría. 1 de enero de 2010;74(1):51.e1-51.e7.
80. Khan MB, Yang ZS, Lin CY, Hsu MC, Urbina AN, Assavalapsakul W, et al. Dengue overview: An updated systemic review. J Infect Public Health. octubre de 2023;16(10):1625-42.
81. Kok BH, Lim HT, Lim CP, Lai NS, Leow CY, Leow CH. Dengue virus infection - a review of pathogenesis, vaccines, diagnosis and therapy. Virus Res. 15 de enero de 2023;324:199018.
82. CDC Perú emite alerta epidemiológica por incremento de casos de dengue en el Perú – CDC MINSA [Internet]. [citado 17 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informativo/prensa/cdc-peru-emite-alerta-epidemiologica-por-incremento-de-casos-de-dengue-en-el-peru/>
83. Algoritmos para el manejo clínico de los casos de dengue - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2020 [citado 17 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/algoritmos-para-manejo-clinico-casos-dengue>

84. Frantchez V, Fornelli R, Sartori GP, Arteta Z, Cabrera S, Sosa L, et al. Dengue en adultos: diagnóstico, tratamiento y abordaje de situaciones especiales. *Rev Médica Urug.* abril de 2016;32(1):43-51.
85. Cáceres-Bernaola U, Becerra-Núñez C, Mendivil-Tuchía de Tai S, Ravelo-Hernández J, Cáceres-Bernaola U, Becerra-Núñez C, et al. Neumonía por COVID-19 y uso de tocilizumab. *An Fac Med.* abril de 2020;81(2):196-200.
86. Resolución Ministerial N.º 1218-2021-MINSA - Normas y documentos legales - Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano [Internet]. [citado 17 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/2308584-1218-2021-minsa>
87. Resolución Ministerial N.º 009-2022-MINSA [Internet]. [citado 17 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/2670137-009-2022-minsa>
88. Venkatesan P. GOLD COPD report: 2024 update. *Lancet Respir Med.* enero de 2024;12(1):15-6.
89. Acute Exacerbation of COPD - DynaMedex [Internet]. [citado 16 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.dynamedex.com/condition/acute-exacerbation-of-copd>
90. Hess DR. Respiratory Care Management of COPD Exacerbations. *Respir Care.* junio de 2023;68(6):821-37.
91. Stevermer JJ, Fisher L, Lin KW, Liu R, Goodenberger D, Schellhase K, et al. Pharmacologic Management of COPD Exacerbations: A Clinical Practice Guideline from the AAFP. *Am Fam Physician.* 1 de julio de 2021;104(1):Online.
92. Celli BR, Fabbri LM, Aaron SD, Agusti A, Brook RD, Criner GJ, et al. Differential Diagnosis of Suspected Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbations in the Acute Care Setting: Best Practice. *Am J Respir Crit Care Med.* 1 de mayo de 2023;207(9):1134-44.
93. MacLeod M, Papi A, Contoli M, Beghé B, Celli BR, Wedzicha JA, et al. Chronic obstructive pulmonary disease exacerbation fundamentals: Diagnosis, treatment, prevention and disease impact. *Respirol Carlton Vic.* junio de 2021;26(6):532-51.