

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DEL INTERNADO
MEDICO 2024 EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA

PRESENTADO POR

ESTELA ASUNCION CHUMBIRAY GONZALEZ

ASESORA

ALEJANDRA PARHUANA BANDO

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

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DEL INTERNADO
MEDICO 2024 EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
ESTELA ASUNCION CHUMBIRAY GONZALEZ**

**ASESORA
DRA. ALEJANDRA PARHUANA BANDO
LIMA – PERÚ**

2025

DEDICATORIA

Dedicado a mi señora madre Jannett, porque ha sido la motivación de mi vida, mi apoyo en este largo camino de la carrera.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por darme las fortalezas necesarias. A mi madre, por apoyarme desde el inicio con mis sueños hasta el final. A mi padre, por los consejos y su compañía. A mis hermanos, porque fueron partícipes con su apoyo. A mis amistades que siempre estuvieron alentándome. A la USMP institución, que me permitió esta importante experiencia de mis estudios profesionales. A los doctores asistentes y residentes que siempre estuvieron exigiéndome para ser cada día mejor.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
JURADO EVALUADOR	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	4
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	5
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	62
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES	65
FUENTES DE INFORMACIÓN	66

RESUMEN

Objetivo:

Describir los casos clínicos que presencié y traté en las 4 rotaciones del internado médico durante el año 2024 en el Hospital Nacional Dos de Mayo (HNDM). Los datos de los pacientes obtenidos de las historias clínicas se mantuvieron en anónimo en consideración a la ética médica; sin perjudicar la integridad del paciente. Y así exponer los casos clínicos y su discusión para los fines de docencia e investigación.

Materiales y métodos:

Se obtiene 8 casos clínicos en total, 2 casos clínicos por cada una de las rotaciones, las cuales son Medicina Interna, Cirugía general, Ginecología y Obstetricia y Pediatría realizadas en el HNDM durante el año 2024.

Resultados:

Al analizar los casos clínicos llamaron mi atención por su relevancia en las rotaciones mencionadas por las soluciones y planes de atención eficaces antes los diversos casos, logrando una atención médica de calidad y con beneficio al paciente.

Conclusión:

El haber adquirido conocimientos teóricos en pregrado y cómo fueron ejecutados en la experiencia del internado médico con diversidad de patologías, mediante la supervisión constante de médicos asistentes y residentes. A fin de poder aprender a solucionar dichos problemas y estar listo para la práctica como profesional. Todo ello mediante una buena relación médico paciente.

Palabras claves: internado médico, pacientes, casos clínicos

ABSTRACT

Objective:

To describe the clinical cases I witnessed and treated in the 4 rotations of the medical internship during the year 2024 at the Hospital Nacional Dos de Mayo (HNDM). The patient data obtained from the clinical histories were kept anonymous in consideration of medical ethics; without harming the patient's integrity. And thus expose the clinical cases and their discussion for teaching and research purposes.

Materials and methods:

A total of 8 clinical cases are obtained, 2 clinical cases for each of the rotations, which are Internal Medicine, General Surgery, Gynecology and Obstetrics and Pediatrics performed at HNDM during the year 2024.

Results:

When analyzing the clinical cases, they caught my attention for their relevance in the mentioned rotations for the solutions and effective care plans before the various cases, achieving quality medical care and with benefit to the patient.

Conclusion:

Having acquired theoretical knowledge in undergraduate and how they were executed in the medical internship experience with diversity of pathologies, through constant supervision of attending physicians and residents. In order to be able to learn how to solve such problems and be ready to practice as a professional. All this through a good doctor-patient relationship.

Key words: medical internship, patients, clinical cases.

ESTELA ASUNCION CHUMBIRAY GONZ

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DEL INTERNADO MEDICO 2024 EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO

 My Files

 My Files

 Universidad de San Martin de Porres

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::29427:420662533

Fecha de entrega

13 ene 2025, 4:23 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

13 ene 2025, 4:26 p.m. GMT-5

Nombre de archivo

13-1-25 TSP_CHUMBIRAY_ESTELA ASUNCION CHUM.docx

Tamaño de archivo

183.8 KB

71 Páginas

15,982 Palabras

91,118 Caracteres

10% Similitud general

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






ORCID: 0000-0002-3969-6047

DNI:08797243

Filtrado desde el informe

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

Fuentes principales

- 10%  Fuentes de Internet
- 1%  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.

JURADO EVALUADOR

Presidente:

DR. ESPINOZA TARAZONA EDGAR KELVIN

Miembros

DRA. QUISPE CASAS ROSA LUZ

DR. ROJAS OLIVERA HUGO EFREND

INTRODUCCIÓN

La carrera de Medicina Humana es una carrera médica que consiste de 14 semestres que duran siete años, los cuales se dividen en los primeros seis años basados de estudios teórico-prácticos, subdivididos en 3 años de ciencia básicas y 3 años especialidades médicas con sus respectivas rotaciones en sedes hospitalarias. El último año de la carrera es el año donde se realiza el internado, que consiste en la rotar en una sede hospitalaria y realizar las rotaciones de Medicina Interna, Ginecología, Pediatría y Cirugía, donde se aplica los conocimientos adquiridos durante la carrera y se ejecuta el juicio clínico.

La pandemia por el SARS COVID-19 que se desarrolló en el 2020 hasta medio año del 2022, fue uno de los obstáculos complejos para la continuación de la carrera médica. Sin embargo, a pesar de ello mediante uso de dispositivos, internet y plataformas visuales es que se pudo continuar con las clases virtuales y seguir recibiendo las teorías respectivas correspondientes, de tal manera que se haya podido continuar con el desarrollo de la carrera, y de esta manera avanzar hasta el internado.

El internado médico 2024 tiene una duración de 11 meses, con una fecha de inicio del 1 de febrero y fecha de culminación de 31 de diciembre. Consta de 9 meses de rotación en la sede hospitalaria y 2 meses en centro de salud. La sede hospitalaria de este internado fue el Hospital Nacional Dos de Mayo. En esta sede fue de 4 rotaciones que son Medicina Interna con una duración de 3 meses, Ginecología, Cirugía y Pediatría cada uno con una duración de 2 meses.

En la rotación de Medicina interna se rotó parte de hospitalización y de emergencia. La rotación en Ginecología y Obstetricia, en la parte Ginecológica consta de hospitalización en ginecología, oncoginecología, sus respectivos consultorios, y sala de operaciones. Con respecto a rotación en Obstetricia consta de emergencia obstétrica, hospitalización de bajo y alto riesgo, centro obstétrico y planificación familiar. En Cirugía general la rotación en los servicios de emergencia de cirugía, hospitalización y sala de operaciones. La rotación de Pediatría en los servicios de

Hospitalización de Pediatría y emergencias pediátricas. En neonatología, alojamiento conjunto, cuidados de intermedios, y atención de recién nacido. En todas las rotaciones se compartió gratos momentos, así como aprendizajes obtenidos bajo tutoría por parte de médicos residentes y médicos asistentes.

El compartir rotación con internos de otras instituciones educativas también fue gratificante, porque hubo momentos de intercambios de conocimientos previos y cada uno aprendía del otro, o en otro caso se intercambiaba experiencias buenas, a la vez de trabajar en equipo en todo momento. El internado médico es un año muy importante de la carrera, porque el estudiante de medicina se forma y repasa los conocimientos previos, que a la vez los refuerza con la práctica clínica, con el objetivo de poder prepararse y estar listo para el futuro laboral como Médico general afianzado de conocimientos y experiencias.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El último año de la carrera de medicina es el internado médico. El internado médico es uno de los puntos más importantes de la carrera, donde se fija conceptos en base a las múltiples patologías que se verán durante todo ese tiempo.

Mi persona tuvo la oportunidad de realizar el internado médico 2024 en el Hospital Nacional dos de Mayo, un hospital docente, de los más emblemáticos del país con 139 años de antigüedad, ubicado en el Cercado de Lima, en Lima. Esta institución cuenta con excelentes profesionales de la salud de alto nivel que gracias a su docencia he podido ejecutar con mis conocimientos teóricos que se adquirió en los años de pregrado en la universidad.

La rotación de Medicina Interna fue de tres meses de duración, donde se rotó por hospitalización y emergencia. En hospitalización roté en la sala Santa Ana y San Andrés, ambas salas de género femenino con treinta y cinco camas respectivamente en cada sala. Donde mi rol de interno era elaborar historias clínicas de ingreso, examinar a los pacientes por las mañanas y realizar sus evoluciones, realizar curaciones úlceras por presión, solicitar exámenes prescritos por el médico asistente según la patología del paciente, apoyar a los residentes o asistentes en algunos procedimientos médicos como toracocentesis, punción lumbar, colocación de CVC, etc.

Los procedimientos de menor complejidad como análisis de gases arteriales, glucosa, hemocultivos, cultivos entre otros fueron realizados con supervisión del médico residente y médico asistente en algunos casos. De los casos más importantes y frecuentes de mi rotación en medicina interna fueron casos de endocrinológicos, neumológicos, cardiovasculares, renales, neurológicos, digestivos y hematológicos, entre otros.

En Cirugía General como rotación tuvo una duración de 2 meses, donde se rotó por emergencia de cirugía, hospitalización y sala de operaciones. En emergencia

de cirugía las actividades que realicé como interno fueron la elevación de historia clínica con patologías quirúrgicas, heridas aguda y crónicas donde se realizaba suturas según las guías de atención guiado de los cirujanos de turno. También realice procedimientos como colocación de sonda vesical, la colocación de yeso y vendajes en pacientes politraumatizados.

En hospitalización, mi función fue de elaborar historias clínicas al ingreso, examinar a los pacientes temprano y realizar sus respectivas evoluciones, además de realizar curaciones en pacientes post operados, cuantificación de drenajes, retiro de puntos, mi participación con el asistente en solicitar exámenes prequirúrgicos, y otras actividades guiadas por los médicos residentes y asistentes. En sala de operaciones observé las cirugías más frecuentes. De los casos más interesantes que llamaron mi atención fueron patologías de emergencia como la apendicitis, en hospitalización patologías biliares y hepáticas.

Mi rotación por Ginecología y Obstetricia fue por 2 meses; en Ginecología tenía función de realizar la historia clínica completa de ingreso al servicio, examinar y preparar al paciente para la intervención quirúrgica. En sala de operaciones observé los procedimientos quirúrgicos de las patologías ginecológicas más frecuentes. En consultorio, el interno examinaba al paciente en supervisión del médico asistente y comentaba los hallazgos positivos y según se explicaban al paciente el diagnóstico y se le solicitaba exámenes complementarios si es que ameritaba y otras indicaciones.

En la rotación de Obstetricia en el servicio de emergencia obstétrica realicé la historia clínica y el examen físico con supervisión de medico asistente o residente y dependiendo el caso se daba tratamiento ambulatorio, exámenes o se pasaba a centro obstétrico. En el servicio de hospitalización de bajo y alto riesgo se realizaba de igual manera historia clínica y examinaba a las pacientes para realizar la evolución diaria, se apoyaba al asistente con algunos exámenes que prescribía. En centro obstétrico como interno se tiene la función de examinar a la paciente gestante haciendo uso de la cinta para medir la altura uterina, el Doppler para verificar la frecuencia cardiaca fetal, y realizar las maniobras de

Leopoldo para establecer la ubicación, presentación, posición del feto; luego de ellos realizar la hoja de monitoreo si la paciente estaba en fase activa, para más tarde entrar a sala de parto y en compañía del asistente visualizar el parto a la vez que nos daba docencia. En planificación familiar, el interno como función brindar consejería sobre métodos anticonceptivos a las mujeres en edad fértil, hablar de beneficios y contras de cada método, de tal manera que la paciente escoja según su condición de salud. Con la supervisión de medico asistente realicé la colocación de implante subdérmico.

La rotación en Pediatría tuvo un tiempo de 2 meses, donde abarca Hospitalización de Pediatría en donde el interno tiene como función realizar historias clínicas, examinar al paciente diario para su evolución, apoyar al médico asistente con exámenes auxiliares prescritos por el mismo. En emergencias pediátricas, el interno también realiza la historia clínica y el examen físico al paciente en supervisión del médico asistente o residente, y a su vez plantear el tratamiento ambulatorio o si amerita hospitalización también indicar al paciente. Por parte neonatología, se rotó por alojamiento conjunto donde se evalúa a los recién nacidos diariamente y se observa si lacta bien, como va su peso, si presenta alguna alteración, etc. En cuidados de intermedios, son recién nacidos que han estado anteriormente en UCI, el interno tiene como función examinarlos todos los días y realizar su evolución, como también apoyar con los tamizajes metabólicos, cardiológicos, oftálmicos y auditivos.

En la rotación de atención de recién nacido, el interno tiene como función conocer y realizar la ficha de antecedentes Gineco obstétricas de la madre, así como tener en cuenta que en todo su embarazo haya tenidos controles, exámenes serológicos, conocer si hubo infecciones urinarias entre otros. Luego de ello, estar a la espera del inicio del parto para la atención del recién nacido donde el interno debe estar listo con toallas calientes para recibir al recién nacido, y brindar la atención según protocolo (Apgar, Capurro, vacunas).

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Nacional Dos de Mayo (HNDM) actualmente situado en el distrito de Cercado de Lima, en Lima. Fue creado el 28 de febrero de 1875, inaugurado por el presidente Manuel Pardo. Además de ser considerada como una de las primeras legendarias instituciones de salud. Resaltó en su historia el personaje célebre Daniel Alcides Carrión, con su acto trascendental al inocularse exudado de un brote verrucoso de un paciente del pabellón de medicina interna “Nuestra señora de las mercedes” de esta manera aportando la nosología de la fiebre de la oroya y la verruga peruana.

El Hospital Nacional Dos de Mayo hasta los últimos tiempos ha sido parte de la historia de la medicina y desarrollo histórico. En la actualidad, el HNDM es un hospital de nivel III-1 con capacidad resolutive para ser hospital de referencia a nivel nacional. Como misión, el HNDM brinda atención de patologías de alta complejidad de la población a nivel nacional, dando prioridad a los más vulnerables. Cuenta con un potencial humano el cual ofrecen atención de calidad con compromiso, además de ofrecer oportunidad de investigación y docencia.

El HNDM cuenta con salas de hospitalización para la atención de pacientes con patologías comunes o en condición crítica en especialidades como Medicina Interna, Cirugía, Gineco Obstetricia, Pediatría, Cirugía de Tórax y cardiovascular y especialidades médicas, siendo así un número total de 563 camas. Y 70 camas para la atención de pacientes críticos.

Además, la institución cuenta con 12 quirófanos, 8 para Cirugía, 2 para Gineco Obstetricia y los otros 2 restantes corresponden al servicio de Emergencias. HNDM cuenta con 3165 de recursos humano, siendo el pilar de la institución para brindar y garantizar una buena calidad de atención sanitaria. Las emergencias funcionan las 24 horas del día. Y con múltiples especialidades medio quirúrgicas

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 ROTACIÓN EN MEDICINA INTERNA:

Mi práctica profesional en Medicina Interna tuvo una duración de 3 meses en los servicios asignados. De los muchos casos que he podido ver en los servicios de medicina interna, estos 2 casos fueron los más interesantes y que llamaron mi atención:

Caso clínico N°1

Introducción:

El primer caso, trata sobre una paciente que hizo reacción alérgica medicamentosa a las tiamidas. El objetivo de este caso es reconocer el efecto terapéutico y tener en consideración los efectos colaterales de un paciente con hipertiroidismo.

Datos de filiación:

Paciente: V. C. A

Edad: 45 años

Procedencia: La Victoria

Fecha de ingreso: 28/02/34

Anamnesis:

Tiempo de enfermedad: 2 semanas

Inicio: Brusco

Curso: progresivo

Relato cronológico:

Paciente mujer sordomuda de 45 años con tiempo de enfermedad de 2 semanas, que cursa con herida del hombro izquierdo, producto de una caída luego de haber presentado cefalea. Además, familiar añade que desde hace más de 2 semanas presenta hiporexia, pérdida de peso aproximadamente 5 kilos. En los últimos 7 días paciente cursa con fiebre cuantificada en 41°C, escalofríos y progresión de tamaño de herida en el hombro izquierdo con secreción purulenta. Se agrega deposiciones sueltas no líquidas. Familiar refiere que paciente es hipertiroides y que desde hace 4 días no toma tiamazol. Por persistencia de los síntomas acude a emergencias del HNDM.

Antecedentes

Patológicos: Sordomuda desde nacimiento, Hipertiroidismo (octubre 2023) tratamiento irregular con tiamazol cada 8 horas. HTA (hace 3 meses) en tratamiento irregular no se especifica medicación

Quirúrgicos: Colectomía hace (16 años), Cesárea (hace 16 años).

Familiares: Hermana con patología de la tiroides, no se especifica cual.

Funciones vitales: FC:142 FR: 18 SO2: 97 T°: 41. HGT: 185

Examen físico:

Paciente AREG, AMÉN, AREH, ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio

- Piel y faneras: Tibia, llenado capilar menor de 2 segundos, lesión ulcerada en cara externa de brazo izquierdo con 7cm de largo por 2.5cm de ancho y 0.2mm de profundidad, de característica mielesericas asociada a secreción.
- Tejido celular subcutáneo: edema + + / + + + en ambos MMII, no masas.
- Cuello: bocio difuso palpable 2N, no doloroso, frémito (+)
- Tórax y pulmones: MV pasa bien por AHT. No ruidos agregados, no estertores
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, aumentados en frecuencia, no soplos
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+), Blando, depresible, no doloroso, no se palpa masas. No signos peritoneales
- Genito urinario: PPL (negativo) PRU (negativo)
- Sistema nervioso central: Despierta, Obedece ordenes simples y complejas. No articula frases solo monosílabas. Se comunica mediante señas. No déficit motor ni sensitivo.
- Burch wartofsky: 30 puntos

Impresión diagnostica en Emergencia:

1.- Síndrome Febril:

1.1 Celulitis de Miembro Superior izquierdo

1.2 D/c lesión ulcerosa

2.- Hipertiroidismo Descompensada:

2.1 D/C tormenta tiroidea

3.- Hiperglicemia

Plan:

- Se solicita exámenes auxiliares

LABORATORIOS EN EMERGENCIA:

27/02

Hemograma: leucocitos: 1158 mm³, hemoglobina: 9.6 g/dL, plaquetas: 106100 mm³, abastionados: 0.0% segmentados: 0.6%

Bioquímica: Urea: 24 mg/dL, creatinina: 0.23 mg/dL, glucosa: 99 mg/dL,

Otros: PCR: 72 mg/dL, T3L: 15.9 ng/dL, T4L: > 6.9 ng/dL, TSH: < 0.015 mU/L

29/02

Hemograma: leucocitos: 1626 mm³, hemoglobina: 8.8 g/dL, plaquetas: 92800 mm³, abastionados: 0%, segmentados: 1.6%

Bioquímica: Urea: 29.7 mg/dL, creatinina: 0.24 mg/dL, glucosa: 95.4 mg/dL.

Electrolitos: Na:133,6 mmol/L, K: 2.9 mmol/L, Cl: 104.4 mmol/L, Ca: 7.72 mg/dL.

Perfil hepatico: BT: 1.65 mg/dL, BD: 0.82 mg/dL, proteínas totales: 6.32 g/dL,

GGT: 39,2 U/L, FA: 83,6 U/L, TGO:33.9 U/L, TGP: 21,28 U/L,

Otros: PCR: 88,9 mg/dL

Con resultado de Laboratorio. Se solicita Interconsultas de especialidades como Endocrinología, Hematología, e Infectología.

PASA A HOSPITALIZACIÓN:

Diagnósticos definitivos al ingreso en la Hospitalización:

1. Neutropenia Febril
2. Reacción Alérgica a medicación a Tionamidas
3. Hipertiroidismo primario descompensada: etiología Graves Basedow
4. Ulcera en brazo izquierdo: D/C Pioderma gangrenoso
5. Pancitopenia

Plan:

- Se suspende Tionamidas
- Se solicita Hemocultivo

- Se solicitan exámenes complementarios: perfil carencial, serológicos, reticulocitos, anticuerpos TPO, anti TG, control de electrolitos, Hemograma, PCR, glucosa, urea, creatinina.
- Se solicitan imágenes: barrido ecográfico de tiroides
- Aislamiento invertido

LABORATORIOS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN:

Paciente es internada de estancia prolongada por un periodo de 30 días de hospitalización, se realiza resumen de laboratorios:

AntiTPO Y AntiTG:

Por cuestiones económicas de parte del paciente y no habiendo reactivos en el hospital, se manejó con un examen previo de hace un año:

- AntiTPO: 272 UI/mL
- Ac. TG 372 UI/mL

Hemograma:

- 27/02:
Hemoglobina 9.61 g/dL; hematocrito 28.7%, leucocitos 1158 mm³, 106100 plaquetas mm³, segmentados 0.6%, abastionados 0%.
- 04/03:
Hemoglobina 8.1 g/dL, hematocrito 23.71 %, leucocitos 750 mm³, 107400 plaquetas mm³, segmentados 1%, abastionados 0%.
- 11/03
Hemoglobina 9.61 g/dL, hematocrito 29.49%, leucocitos 1913 mm³, 309800 plaquetas mm³, segmentados 23%, abastionados 0%.
- 20/03:
Hemoglobina 8.26g/dL, hematocrito 25.38%, leucocitos 2404 mm³, 173400 plaquetas mm³, segmentados 10%, abastionados 0%.

Bioquímica:

- 27/02: Urea 24.7 mg/dL, creatinina 0.23 mg/dL, glucosa 99.4mg/dL
- 27/03: Urea 31.5 mg/dL, creatinina 0.45 mg/dL, glucosa 124.1 mg/dL

Hormonas tiroideas :

- 27/02 : T3 libre 15.90 ng/L, T4L >6.99, TSH <0.015
- 07/03 : T4L 2.88, TSH <0.015, cortisol 157

- 14/03: T3 Libre 6.02 ng/L, T4L 1.78, TSH <0.015, cortisol 11.7

Electrolitos:

- 29/02: Na: 133.6 mmol/L, K 2.90 mmol/L, Cl 104.4 mmol/L
- 11/03: Na: 135.1 mmol/L, K 3.33 mmol/L, Cl 97.3 mmol/L
- 20/03: Na: 139.7 mmol/L, K 3.25 mmol/L, Cl 103.51 mmol/L

Perfil carencial:

- 01/03: Reticulocitos 0.49 %, Transferrina <80 mg/dL, Ferritina 315 ng/mL, Hierro 31.1 ug/dL
- 20/03: Transferrina 82.01mg/dL, Hierro 33.1 ug/dL

PCR

- 27/02: 72.5 mg/dL
- 09/03: 37.4 mg/dL
- 20/03: 33.6 mg/dL
- 27/03: 9.7 mg/dL

Perfil de coagulación:

- 04/03: TP 28 seg, TTPA 55.6 seg, INR 2.14, Fibrinogeno 489 mg/dL
- 11/03: TP 16.9 seg, TTPA 54.0 seg, INR 1.26, Fibrinogeno 352 mg/dL
- 20/03: TP 17.7 seg, TTPA 59.4 seg, INR 1.32, Fibrinogeno 530mg/dL

Perfil hepático:

- 29/02: BT 1.65 mg/dL, BD 0.82 mg/dL, BI 0.63 mg/dL, PT 6.32g/dL, TGO 33.9 U/L, TGP 21.28U/L, GGT 39.2 U/L.
- 20/03: BT 0.55 mg/dL, BD 0.29 mg/dL, BI 0.26 mg/dL, PT 7.59 g/dL, albumina 2.73 g/dL, 84.4 TGO U/L, 41.5, TGP 41.5 U/L, GGT 56.6 U/L y FA 133.5 U/L

Serológicos:

- RPR: 01/03

Resultado: no reactivo

- HEPATITIS C: 01/03

Resultar: no reactivo

Otros exámenes:

Exámenes de laboratorio auxiliares:

Bk: NEGATIVO para las fechas de 04/03, 08/03 Y 19/03

Hemocultivo: 05/03

Resultado: Negativo

TB LAM: 23/03

Resultado: Negativo

INTERCONSULTAS:

- Interconsulta Infectología: resumen de 3 interconsultas

Neutropenia muy severa evidenciando al examen, Inicio de antibiótico. uso de mascarilla KN95 y serológicos. A D/C ectima gangrenoso, y D/C foco pulmonar por ello solicitan TAC Tórax S/C, BK seriados x6. Gen Xpert en esputo. Efectivizar Biopsia de piel, AMO y Hemocultivo. Rotar Meropenem 2gr EV C/8hr Vancomicina 15-20 mg/kg/dosis c/12h EV.

- Interconsulta Endocrinología: resumen de 3 interconsultas:

Paciente con burch wartofsky de 30 puntos. Catalogando lo siguientes diagnósticos: Hipertiroidismo descompensado por Enf.Graves Basedow. Neutropenia febril por probable RAM a Tionamidas o secundaria a infección, Pancitopenia, Úlcera crónica en brazo izquierdo probable Pioderma gangrenoso. Sugieren propanolol 40 mg c/8h VO, Filgastrin, agregan Lugol c/ 8 horas por 10 dias. ecografía tiroidea y Control de T3L-T4L en 3 días, Hidrocortisona 50 mg EV c/8h. Corrección de electrolitos. Continuar antibiótico. Aislamiento invertido. Solicitar anticuerpos Anti TPO, anti TG, evaluación por Medicina Nuclear para terapia definitiva con I121 o referir a INEN. Agregan Carbonato de Litio 300mg VO C/8h, L-carnitina 1000mg VO /24h.

- Interconsulta Dermatología

Lesión de 4x5x3cm en hombro izquierdo bordes definidos, socavados, eritematosos, lecho con costra mielesericas adherida. Impresión diagnostica de Úlcera EAD a descartar causa traumática, Pioderma gangrenoso o infección de VEB. Solicitan Biopsia de piel, IgM e IgG para VEB.

- Interconsulta Hematología: resumen de 3 interconsultas

Catalogan con Neutropenia Profunda, solicitan perfil carencial, Hemograma lecturado, hemocultivo aislamiento invertido, prueba de mezcla para TP y TPP, Dímero D, Filgastrin al menos 7 días. Ultima interconsulta agregan diagnóstico de Granulocitosis. Solicitan Mielograma

- Interconsulta Cirugía Plástica

Lesión del hombro catalogada como escara que se desprende por autólisis.
Curación con sulfadiazina de plata

Exámenes auxiliares:

Ecocardiograma

04/03: Patrón de relajación alterado, con presión de llenado de AI no incrementado. No otros hallazgos patológicos. FE: 65.87%.

Exámenes de imagen:

TAC tórax y abdominal: se observa osteopenia. No otros hallazgos.

Ecografía de tiroides: Bocio multinodular difuso, se asocia signos de Tiroiditis.
No se evidencian adenopatías cervicales

Terapéutica durante la Hospitalización:

- Dieta completa + LAV+ suplemento de K
- Meropenem 1g EV C/8hr por 10 días
- Vancomicina 1g EV C/12hr por 10 días
- Lugol 5% 8 gotas diluido en 250cc VO c/8hr por 10 días
- Hidrocortisona 40mg VO C/8hr por 6 días
- Propanolol 40mg VO C/8hr
- Filgastrin ampolla SC C/24hr por 14 días

Luego durante la hospitalización se añadió

- Carbonato de Litio
- L- Carnitina

Evolución: 29/03/24

Paciente actualmente no cuenta con apoyo familiar, no decide realizarse hasta el momento procedimiento sugeridos por Hematología y Dermatología. Paciente no colaboradora, por lo cual se ha tenido dificultad durante toda la hospitalización.

Sin embargo, presenta mejoría clínica, no presenta fiebre desde hace más de 14 días. Actualmente con el tratamiento de Carbonato de Litio. Burch Wartofsky de 10 puntos Tormenta tiroidea no probable. Tratada durante toda la hospitalización con Filgastrin 14 días, Lugol al 5% 10 días 8 gotas diluido en 250cc de agua, 10 días Vancomicina 1g c/12h y Meropenem 2g c/8h. Evolución favorable

Exámenes de laboratorio de 27/03:

Hemograma: hemoglobina: 8.22 g/dL, Leucocitos: 9955 mm³, plaquetas 181800 mm³, bastonados 0%, segmentados 73.9%

Paciente cuenta con referencia a la INEN a la espera de cita para manejo con radioterapia. Paciente en condiciones de alta.

Plan:

Alta con indicaciones

Tratamiento:

- Dieta completa hiperproteica
- Continuar con Carbonato de Litio 300 mg VO cada 8 horas hasta control en Consultorio externo de endocrinología.
- Continuar con L carnitina 2 tableta VO cada 24 horas hasta control en Consultorio externo de endocrinología.
- Control por consultorio externo Endocrinología
- Terapia con yodo en INEN

Discusión:

El hipertiroidismo es una enfermedad más frecuente en mujeres, que se va a manifestar con el exceso de producción de la hormona tiroidea. Se manifiesta cuando la hormona estimulante la TSH de la tiroides se encuentra en valores muy bajos o en supresión, altos valores triyodotironina el T3 y o tal vez también altos valores de tiroxina que es el T4. Presentando una clínica característica que se presenta con palpitaciones, temblores en manos, ansiedad, sueño alterado, disminución de peso, fatiga, tendencia al calor, sudoraciones, taquicardia y polidipsia. Una de las causas más frecuente del Hipertiroidismo es la enfermedad de Graves, en mujeres con una prevalencia del 2% y 0.5% en hombres (1)(2)(3). Los efectos adversos relacionados a tionamidas son pocos frecuentes. Uno de los efectos más frecuentes es el prurito o alguna lesión eruptiva en la piel que se maneja con antihistamínicos. De los efectos poco frecuentes es de las hematológicas, la incidencia de sus complicaciones por el metimazol es de un 0,1-0,15%. De esta pequeña incidencia, el 89% tienen agranulocitosis y de

pancitopenia es el 11%. Se ve también casos de hepatotoxicidad alrededor de un 0,4% (4).

Respecto al caso, la paciente ingresa con fiebre de 7 días de evolución, presentó un hemograma al ingreso presentando valores leucocitos: 1158, hemoglobina: 9.6, plaquetas: 106100, bastonados 0.0% segmentados 0.6%, PCR: 72, demostrándonos una neutropenia leve; también llamado granulocitosis; que como ya se comentado, es uno de los efectos menos comunes del uso de tiamazol en pacientes hipertiroideos. La paciente además presentaba valores tiroideos en T3L: 15.9, T4L > 6.9, TSH < 0.015 relacionado a su hipertiroidismo descompensado. Dado a los hallazgos y haber sido tratada con tiamazol aproximadamente un año, a la paciente durante la hospitalización se le cambio a una medicación tiroidea que no se relacione con Tionamidas. La terapéutica fue con Carbonato de litio y Lugol, que en estudio previos se ha demostrado que su nivel terapéutico combinado suprime la hiperactividad tiroidea sin efectos adversos. El yodo oral o Lugol es la medicación complementaria de segunda línea, inhibiendo su propia captación, oxidación y secreción de hormona tiroidea. Sin embargo, en este efecto; también llamado Woll Chaikoff; ocurre un escape originando el hipertiroidismo, por ello la recomendación de pasar también por tratamiento adyuvante. En el caso de Carbonato de Litio tiene una función multifactorial actuando mediante la interacción del eje del hipotálamo y enzimas desyodasas, teniendo también un mecanismo reversible a la interrupción del tratamiento. También se hizo uso de Filgastrin 14 días para mejorar la neutropenia. Es así como la paciente tras haber tenido el tratamiento combinado antitiroideo de aproximadamente 2 semanas es que presento mejoría clínica y laboratorial. Además de también haberle planteado referencia a la INEN para su tratamiento con yodo radioactivo (1)(4).

Caso clínico N°2

Introducción:

El siguiente caso clínico trata sobre una paciente con síndrome cardiorrenal, el cual es una patología compleja donde la población de mayor riesgo son los hipertensos, diabéticos, pacientes fumadores, entre otros. En este caso la paciente presenta factores de riesgo para esta patología. El objetivo del caso es conocer el manejo inmediato de este tipo de paciente y su plan de trabajo.

Datos de filiación:

Paciente: H.T.M.M

Edad: 72 Años

Procedencia: El agustino

Fecha de ingreso: 04/12/34

Anamnesis

Tiempo de enfermedad: 7 días

Inicio: insidioso

Curso: progresivo

Relato cronológico:

Familiar de paciente refiere que desde hace 7 días paciente presenta aumento de volumen en miembro inferiores, posteriormente dolor abdominal que se asocia a agitación y sensación de falta de aire a mediados esfuerzos e hiporexia. Familiar agrega disminución de volumen de orina.

Antecedentes:

Personales: Diabetes Mellitus hace 20 años actualmente sin tratamiento, Hipertensión Arterial desde hace 20 años (atenolol 50 mg 2 v/día, furosemida 40 mg 2v/día, dapaglifozina 10 mg 1vez/día, losartan 50mg 1vez/día, amlodipino 5 mg 1 vez/día

Quirúrgico: niega

Familiares: niega

Funciones vitales: PA:140/80 FC:58 FR: 18 SO2: 93% T°: 36.9

Examen físico:

Paciente AREG, AMEN, AREH, ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio

- Piel y faneras: Tibia, llenado capilar menor de 2 segundos, palidez++/+++
- Tejido celular subcutáneo: edema + + +/+ + + + en ambos MMII blando, no doloroso.
- Tórax y pulmones: MV pasa en AHT, disminuido en bases, se percute matidez y se ausculta crepitantes en ambas bases.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+), Blando, depresible, no doloroso, no se palpa masas. No signos peritoneales
- Genito urinario: PPL (negativo) PRU (negativo)

- Sistema nervioso central: Despierta, Obedece ordenes simples y complejas. EG:15/15. Moviliza 4 extremidades. No signos meníngeos.

Diagnóstico presuntivo:

1. Insuficiencia cardiaca congestiva NYHA II
2. Hipertensión Arterial
3. Anemia
4. Descartar enfermedad renal crónica

Plan:

- Se solicita hemograma, urea, creatinina, glucosa, perfil hepático, electrolitos.
- Se solicita placa de Tórax
- Se solicita AGA

Laboratorio:

Hemograma: hemoglobina:7.18 g/dL, Leucocitos: 7368 mm³, plaquetas335500 mm³, abastionados 221 mm³, segmentados 552 mm³.

Perfil hepático: Bilirrubina total: 0.56 mg/dL, bilirrubina directa 0.10mg/dL, proteínas totales 6.50 g/dL, albumina 3.20g/dL, TGO 47.6 U/L, TGP 43.5 U/L, GGT 35.30 U/L, Fosfatasa alcalina 120.20 U/L.

Bioquímico: urea 137.9 mg/dL, creatinina 4.96 mg/dL, glucosa 143.8 mg/dL

Electrolitos: Na: 140.4 mmol/L, K 4.64 mmol/L, Cl 111.76 mmol/L

Análisis de gases arteriales: Fio: 21%, PH: 7.37, SO₂ 91%, PCO₂ 28.1 mmHg, PO₂ 68.1 mmHg, HCO₃ 16.2 mmol/L

Otros exámenes:

Rx de Tórax: 05/12

Edema bilateral y efusión pleural derecha 2/3 medio inferiores.

Reevaluación con exámenes:

Impresión diagnostica en Emergencia:

- 1.- Síndrome cardiorenal tipo II
 - 1.1 Insuficiencia cardíaca crónica descompensado (AHA C, NYHA III)
 - 1.2 Enfermedad renal crónica IV descompensado de etiología hipertensiva
- 2.- Hipertensión arterial Estadio I
- 3.- Diabetes mellitus tipo 2

4.- Anemia moderada Normocítica – normocrómica

Terapéutica:

1. Dieta hiposódica menor de 2 gramos más restricción hídrica
2. Furosemida 40mg EV c/8horas
3. Losartan 50mg tableta VO c/12 horas
4. O₂ por cánula binasal si SO₂ menor de 90%
5. CFV + BHE

INTERCONSULTAS:

Intercosulta de Cardiología:

05/12 Paciente cuenta con ecocardiograma con FEVI 45-50%, dilatación biauricular. Diagnósticos: sobrecarga hídrica por etiología de enfermedad renal crónica y falla cardíaca, falla cardíaca congestiva compensada por etiología hipertensiva y Enfermedad renal crónica, además del diagnóstico de bradicardia sensual. Sugieren amlodipino 10mg VO c/24 horas, alfametildopa 250mg VO c/12 horas, posibilidad de drenaje pleural, completar perfil electrolítico, tiroideo y troponinas. Proponen ecocardiograma sin embargo no se cuenta en hospital.

Interconsulta de Nefrología:

05/12 Con diagnóstico de Enfermedad renal crónica severa a terminal, sugiere diálisis de urgencia.

Exámenes auxiliares:

Ecocardiograma:

05/12 con FEVI: 40%. Con las conclusiones de:

- Disfunción diastólica tipo I con presión de llenado preservado
- Hipertrofia concéntrica de Ventrículo izquierdo
- Insuficiencia tricúspide y mitral leve
- Dilatación leve de aurícula izquierda
- Baja probabilidad de Hipertensión pulmonar

HOSPITALIZACION:

Se mantienen los mismos diagnósticos de emergencia y se continúa en hospitalización con el siguiente plan.

Plan:

- Restricción de volumen

- Diuréticos
- Control de glicemia
- Control de presión arterial
- Reposo absoluto
- Evaluación de nefrología para posibilidad de diálisis
- Control de laboratorio

Terapéutica durante la Hospitalización:

1. Dieta hiposódica Na menor de 2 gr/día, hipoglucida VT: 800cc + restricción hídrica
2. Amlodipino 10mg VO c/24 horas
3. Losartan 50 mg VO c/12 horas
4. Furosemida 20mg EV c/8horas
5. O2 por cánula binasal para SO2 mayor de 93%
6. CFV+ BHE

Laboratorios durante la hospitalización:

Bioquímico: urea 123.1 mg/dL, creatinina 4.30 mg/dL, glucosa 173.5 mg/dL

Electrolitos: Na: 139.6 mmol/L, K 4.19 mmol/L, Ca 8.04 mg/dL, P 5.2 mg/dL

Perfil hepático: Bilirrubina total: 0.70 mg/dL, bilirrubina directa 0.14mg/dL, proteínas totales 6.36 g/dL, albumina 3.12 g/dL, TGO 25.1 U/L, TGP 24.0 U/L, GGT 28.00 U/L, Fosfatasa alcalina 104.00 U/L.

Evolución: 09/12

Paciente en su 4to día de hospitalización, refiere que disnea ha disminuido, tolera al decúbito.

Funciones vitales: FC:51xmin FR: 19xmin PA: 135/80. SO2: 95%. FiO2: 21%

BHE: - 940

Al examen físico:

- Piel y faneras: tibia, hidratada, elasticidad disminuida, llenado capilar menor de 2 segundos
- Tejido celular subcutáneo: edema +/- en MMII
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa disminuido y matidez en ambas bases.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de moderada intensidad, no soplos
- Sistema nervioso y central: activa, despierta, Escala de Glasgow 15/15. No signos meníngeos

Plan:

- Control de laboratorio

Terapéutica:

1. Continúa indicaciones.
2. Se agrega Metildopa 500mg VO c/8 horas

Laboratorios

Hemograma: hemoglobina:7.26 g/dL, Leucocitos: 4525 mm³, plaquetas 304100 mm³, abastionados 0%, segmentados 3000 mm³.

Bioquímico: urea 104.4 mg/dL, creatinina 3.82 mg/dL.

Electrolitos: Na: 137.0mmol/L, K 3.99 mmol/L, Mg 2.18 mg/dl

Evolución: 14/12

Paciente en su noveno día tratamiento con mejoría clínica, no refiere disnea, no presenta edema en MMII. Diuresis (+). En condiciones de alta.

Funciones vitales: FC: 90 FR: 21 SO₂: 96% FIO₂: 21% T:36.6

Al examen físico:

- Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, no edemas.
- Tejido celular subcutáneo: no edemas.
- Tórax y pulmones: MV pasa en AHT. No ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de moderada intensidad, no soplos
- Sistema nervioso y central: activa, despierta, Escala de Glasgow 15/15. No signos meníngeos.

Plan:

- Alta con indicaciones
- Metildopa 500mg VO c/8horas
- Amlodipino 10mg VO C/24 horas
- Control por consultorio externo de Cardiología y Nefrología.

Discusión:

A nivel mundial el 22% presenta hipertensión arterial para el año 2022. En ese mismo estudio, alrededor del 22.1%; personas mayores de 15 años; que equivale a 5,5 millones de peruanos, padecieron de hipertensión arterial. La insuficiencia cardiaca y el síndrome cardiorrenal será las complicaciones tardías de la hipertensión arterial no controlada (5).

La insuficiencia cardiaca se basa en la función ventricular reducida, esta puede ser sistólica, originado por la contracción deficiente del ventrículo izquierdo en el que se verifica con la fracción de eyección (FEVI) o diastólica, que se va a deber a la relajación del ventrículo izquierdo asociado a llenado retardado. El paciente del caso presentaba FEVI 40%. Factores de riesgo como obesidad, presión alta, diabetes, anemia o enfermedad tiroidea pueden dañar el miocardio a largo plazo, al igual que una arritmia que con el paso del tiempo llega a convertirse en una insuficiencia cardiaca, el paciente de todos los factores mencionados presentaba diabetes e hipertensión arterial desde hace 20 años. La insuficiencia cardiaca congestiva es un síndrome progresivo que se deberá a la hipertensión venosa pulmonar que se manifestará en disnea, a nivel sistémico edemas y gasto cardiaco disminuido por mala función mecánica del corazón (6)(7)(8).

La insuficiencia renal se va a definir como la pérdida de su función de manera transitoria o crónica, que desaparece entre 85 – 90% de manera progresiva a largo plazo. Finalmente, Según la Asociación Española de Cardiología, la enfermedad cardiorrenal será la disfunción del sistema cardíaco y/o renal, en el que la disfunción de uno afecta al otro órgano. De los pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada, el 40 % presenta Síndrome Cardio renal debido a factores en la hemodinamia, en lo hormonal y en lo inmune originando en la mayoría de los casos sobrecarga hídrica (9)(10).

Referente al caso, la paciente cursaba con un tratamiento de 4 antihipertensivos como Losartan (ARA), amlodipino (Calcio antagonista), furosemida (diurético), atenolol (betabloqueador) siendo así considerado una paciente hipertensa resistente, dado por el número de antihipertensivos de uso. La hipertensión arterial resistente es una hipertensión que no se llega a controlar con 3 fármacos antihipertensivos a dosis mínimas, este tipo de hipertensión abarca el 15% entre los pacientes hipertenso. La guía práctica clínica del tratamiento de hipertensión arterial de la Sociedad española de Hipertensión establece 4 escalones, donde el esquema habitual es de IECA o ARA, un calcio antagonista y un diurético. El presente caso tenía un tratamiento antihipertensivo irregular, por lo cual ese tratamiento irregular ha ocasionado daño en órgano blanco como el miocardio. Así como la diabetes que genera daño en los vasos coronarios. Esto factores de riesgo ocasionaron que el miocardio trabaje más para mantener la circulación sanguínea, el engrosamiento de este, a la vez originando que se pierda la fuerza

necesaria originando una insuficiencia cardiaca por la contractilidad reducida disminuyendo el gasto cardiaco, además de ocasionarse la sobrecarga de volumen y presiones en la aurícula izquierda dando congestión pulmonar y disnea. Aumenta también la resistencia vascular periférica disminuyendo muchísimo más el gasto cardiaco, finalmente la frecuencia cardiaca se elevará como mecanismo compensatorio debido al tono simpático aumentado, a esto se le denomina insuficiencia cardiaca congestiva. El enfoque del tratamiento inmediato de la insuficiencia cardiaca es aliviar los signos y síntomas, sobrecarga de volumen disminuirla y mejorar la hemodinamia cardiaca. Se hará uso de diuréticos endovenosos, oxígeno y vasodilatadores. El caso del paciente al tener enfermedad renal crónica, se tiene que limitar de dosis altas diurético como mineralocorticoide y diuréticos de asa, porque pueden empeorar la función renal. A la paciente en su terapéutica se le llegó a descongestionar de manera que mejoró su clínica, sin embargo, por su falla renal continúa con posibilidad para diálisis renal, se le da de alta y cita control con cardiología y nefrología (8) (11).

3.2 ROTACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL:

Caso clínico N°1:

Introducción:

El siguiente caso clínico trata sobre paciente con Hidatidosis, la hidatidosis es una de las patologías con incidencia en el país, específicamente en la sierra peruana, en zonas rurales. El cual es una representación de la realidad actual en salud pública y la economía del país. El objetivo del caso es conocer sobre la enfermedad, que en este caso fue asintomático, señalar el tratamiento y el reconocer cuándo amerita plan quirúrgico.

Datos de filiación:

Paciente: N. C. P. C

Edad: 47 años

Procedencia: La Victoria

Fecha de ingreso: 13 de agosto

Anamnesis:

Tiempo de enfermedad: 4 años

Forma de inicio: Insidioso

Curso: Progresivo

Relato cronológico:

Paciente refiere que desde la infancia percibe masa en zona del epigastrio el cual no tomo importancia. Desde hace 4 años percibe por momentos esporádicos dolor tipo punzada en zona de epigastrio asociados a náuseas, por el cual se automedicaba con paracetamol 1gramos vía oral y cedía. Hace dos días ingirió alcohol en moderada cantidad, no especifica cuánto. Desde hace un día antes del ingreso percibe dolor tipo punzante en epigastrio de gran intensidad 10/10 por lo cual asiste a EMG del HNDM.

Antecedentes personales:

Antecedente patológico: Refiere masa abdominal desde la infancia.

Antecedentes familiares: niega

Antecedentes quirúrgicos: niega

FUNCIONES VITALES AL INGRESO EN EMERGENCIA:

FC:80 FR: 18 PA:100/60 SO2: 98%

Examen físico: Paciente REG, REH, REN

- Piel y faneras: Tibia, llenado capilar menor de 2 segundos. No palidez
- Tejido celular subcutáneo: no edemas.
- Tórax y pulmones: MV pasa bien en HTD, pasa disminuido en HTI y se ausculta subcrepitos en los 2/3 inferiores. Tos con expectoración (mayor de 15 días)
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, aumentados en frecuencia, no soplos
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+), Blando, depresible, Doloroso a la palpación en cuadrante superior derecho, se palpa masa de aproximadamente 7x7cm que protruye a la maniobra de Valsalva. No signos peritoneales.
- Genito urinario: PPL (negativo) PRU (negativo)
- Sistema nervioso central: Despierta, Obedece ordenes simples y complejas. No signos de focalización ni signos meníngeos.

Plan: se solicita

-TAC DE ABDOMEN Y DE TÓRAX

Reevaluación con exámenes:

TAC DE ABDOMEN: imágenes quísticas múltiples en hígado. Descartar Quiste hidatídico en hígado derecho

TAC TÓRAX: cavernas múltiples en HTI

Diagnósticos:

1. Quiste hepático múltiple: a descartar Quiste hidatídico
2. Descartar. TBC pulmonar

Plan:

- Pasa a hospitalización para manejo quirúrgico
- Se solicita laboratorios: Hemograma, urea, creatinina, electrolitos, perfil de coagulación, glucosa, DHL, PCR y serológicos.

Laboratorios:

Hemograma:

13/08: 7.62 Hemoglobina g/dL, Leucocitos 11678 mm³, plaquetas 485100 mm³, abastoados 0 mm³, segmentados 9518 mm³.

PCR:

13/08: 47 mg/dL

Bioquímico:

13/08: Urea 31.8 mg/dL, Creatinina 0.53 mg/dL, Glucosa 100.6 mg/dL, DHL 273 U/L

Electrolitos:

13/08: Na 135.9 mmol/L, K 3.76 mmol/L, Cl 97.7 mmol/L

Perfil de coagulación:

13/08: TP 14.4 seg, INR 1.06, TTPA 32.1seg

HOSPITALIZACIÓN:

Paciente afebril, ventilando espontáneamente, presenta Hemograma, donde hemoglobinas se encuentra valor de 7.6g/dL.

Paciente masculino de 47 años con los diagnosticos de:

1. - Quiste hepático: a descartar quiste hidatídico
2. - A Descartar Tuberculosis
3. - Anemia moderada

Plan:

- Se Solicitan Interconsulta de Cardiología, Neumología, para riesgos quirúrgicos
- Se solicita Interconsulta de hematología para tratamiento de anemia.
- Se solicita Western Blot, al confirmarse iniciar albendazol 200mg VO c/6h
- Completar prequirúrgicos y evoluciones correspondientes para programar para SOP

Laboratorios durante la Hospitalización:

Hemograma:

- 21/08: Hemoglobina 8.06 g/dL, Leucocitos 8596 mm³, plaquetas 484800mm³, abastoados 0 mm³, segmentados 5244 mm³.
- 26/08: Hemoglobina 8.64g/dL, Leucocitos 5722 mm³, 406800 plaquetas mm³, abastoados 0 mm³, segmentados 3931mm³.
- 29/08: Hemoglobina 9.97 g/dL, Leucocitos 7290 mm³, 543500 plaquetas mm³, abastoados 0 mm³, segmentados 3791mm³.
- 02/08: Hemoglobina 10.9 g/dL, Leucocitos 9452 mm³, plaquetas 636300mm³, abastoados 0 mm³, segmentados 4764mm³.

PCR:

- 22/08: 46.7mg/dL
- 27/08: 88.3 mg/dL
- 31/08:39.2 mg/dL

Bioquímico:

- 26/08: Urea 28.4 mg/dL, Creatinina 0.56 mg/dL, Glucosa 117.3 mg/dL,
- 30/08: Urea 26.4 mg/dL, Creatinina 0.42 mg/dL, Glucosa 90.1 mg/dL,

Electrolitos

- 27/08: Na 140.8 mmol/L, K 4.42 mmol/L, Cl 110.26 mmol/L
- 30/08: Na 139 mmol/L, K 4.39 mmol/L, Cl 109.1 mmol/L

Perfil de Coagulación:

- 27/08: TP 22.8 seg, INR 1.73, TTPA 37.6 seg
- 02/09: TP 14.8 seg, INR 1.10, TTPA 43.6 seg

Perfil hepático:

- 16/08: bilirrubina total 1.80 mg/L, Bilirrubina directa 1.07 mg/dL, bilirrubina indirecta 0.73 g/dL, proteínas totales 7.76 g/dL, albumina 3.70 g/dL,

globulina 4.06 g/dL, TGO 152.3U/L, TGP 165.7 U/L, GGT 951.6 U/L y FA 650.8 U/L.

- 23/08: bilirrubina total 0.84 mg/L, Bilirrubina directa 0.49 mg/dL, bilirrubina indirecta 0.35 g/dL, proteínas totales 9.55 g/dL, albumina 4.36 g/dL, globulina 5.19 g/dL, TGO 34.4 U/L, TGP 56.3 U/L, GGT 747.1 U/L y FA 536.9 U/L.
- 02/09: bilirrubina total 0.93 mg/L, Bilirrubina directa 0.60 mg/dL, bilirrubina indirecta 0.33 g/dL, proteínas totales 8.17 g/dL, albumina 3.57 g/dL, globulina 4.60 g/dL, TGO 62.8 U/L, TGP 50 U/L, GGT 340.3 U/L y FA 243 U/L.

Perfil carencial:

- 20/08: Ácido fólico 7.69 ng/mL, Hierro 26.6 ug/dL, Ferritina 11.4 ng/mL. Vitamina B12 719pg/mL, Reticulocitos 1.75%

Serológicos: 13/08

- VIH: No reactivo
- HEPATITIS B: No reactivo
- AC. Contra treponema Pallidum: No reactivo

OTROS EXAMENES DE LABORATORIO

- Western Blot 16/8: positivo
- Grupo sanguíneo 13/08: O Rh: positivo
- Thevenon heces 15/08: negativo

OTROS EXAMENES:

- BK: resultados
BK N°1 Negativo 13/08, BK N°2 Negativo 15/08 y BK N°3 Negativo el 16/08

Interconsultas:

Interconsulta de Cardiología:

- Determina el riesgo quirúrgico Asa II (14/08)

Interconsulta de Neumología:

- Determina riesgo neumológico III (17/08) continuar con Gen xpert por consultorio externo (02/09)

Interconsulta de Hematología:

- Se solicitó perfil carencial transfusión de 2 paquetes globulares para pre SOP. Control de Hemograma y Perfil de coagulación post SOP (15/08).

Inicio de hierro sacarato 200mg EV más NaCl 9% 250ml c/48 horas 3 sesiones (17/08). Para tratamiento post operado con anemia moderada continuar con hierro sacarato 200mg EV más NaCl 9% 250ml c/48 horas 3 dosis y ácido fólico 0.5mg VO c/24h (29/08).

Interconsulta de Gastroenterología:

- A descartar hemorragia digestiva baja, solicitan thevenon en heces (15/08).

Evolución: 26/08/24

Paciente programado para SOP

Terapéutica pre SOP:

1. Firma de consentimiento informado de la cirugía
2. NPO desde las 6pm del día anterior
3. Cefazolina 2 gramos EV 30min antes de SOP
4. Metoclopramida 10mg VO 10pm y 6am
5. Ranitidina 300 mg VO 10pm y 6am.
6. Vendaje de miembros inferiores 30 min antes de SOP

INFORME OPERATORIO:

Diagnóstico preoperatorio: Quiste hepático hidatídico derecho Gharbi 3

Cirugía realizada: Hepatectomía derecha más colecistectomía más rafia diafragmática más parche de epiplón más drenaje.

Duración de la cirugía: 7 horas con 55 minutos.

Hallazgos:

Presencia de múltiples lesiones quísticas blanco nacarado ocupando más del 90% de hígado derecho, infiltra a nivel de cúpula diafragmática derecha bloqueado con epiplón 4 lesiones quísticas fuertemente adheridas. Venas delgadas, sin litos. Vía biliar principal de aproximadamente 6mm, Cístico de 3mm. Variante vesicular de Arteria gástrica izquierda. Se evidencia 2 venas accesorias para segmento III.

Diagnóstico post operatorio:

- Quiste hidatídico hepático gigante

Evolución: 02/09

Paciente presenta leve dolor en herida operatoria, niega SAT, deposiciones (+), diéresis (+).

Al examen físico: AREG, AREH, AREN

- Tórax y pulmones: MV pasa bien por AHT. Subcrepitos pasan en HTI.
- Abdomen: RHA presentes, Herida operatoria vertical supra umbilical medial de 30cm aproximadamente con piel bien afrontada con grapas. Herida operatoria lateralizada a la derecha aproximadamente 25cm con piel afrontada con grapas, Ambas heridas operatorias sin signos de flogosis. Presenta dolor leve la palpación en hipocondrio derecho de leve intensidad. Portador de dren Den pen rose en 240cc en 24 horas con secreción serohemática

Paciente masculino con los diagnósticos de:

1. Post operado de Hepatectomía derecha más colecistectomía más rafia diafragmática más parche de epiplón más drenaje den pen rose.
2. Anemia leve

Paciente con evolución favorable, afebril. Ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio. Con disminución de dolor en hipocondrio derecho.

Culminó tratamiento antibiótico.

Plan:

Alta con indicaciones

Tratamiento:

- Naproxeno 500mg cada 12 horas VO por 3 días
- Lavado con agua y jabón de herida operatoria
- Control por consultorio externo de Cirugía general

Discusión:

La hidatidosis es una patología zoonótica ocasionado por echinococcus granulosus, el humano y las ovejas o ganado son los huéspedes intermediarios que se infecta mediante contacto con perros o con alimentos contaminados con huevos de cestodos, que luego eclosionan en el estómago o intestino delgado de manera que llegan a la circulación portal y al hígado (12).

El Perú tiene una incidencia de 50 por cada 100000 personas por año, siendo Pasco con 1.4%, Huancavelica 0.10%, Ayacucho con 0.05% de mayor

prevalencia en todo el Perú. Los órganos más frecuentes en afectarse son el hígado con una incidencia de 52-77%, pulmones de 10-40%. El metacestodo se formará en un quiste único con líquido en su interior, creciendo por años 1 a 30mm de diámetro (13).

Esta hidatidosis puede desarrollarse de forma asintomática diagnosticándose incidentalmente. En el caso del paciente, refiere haber presentado dolor en zona de epigastrio esporádicos asociado a náuseas desde hace 4 años, además de haber sentido aumento de volumen en cuadrante superior derecho que no le tomo importancia, un día antes del ingreso presentó dolor tipo punzada en epigastrio intensidad 9/10. Según otras bibliografías, se presenta clínica como dolor abdominal, aumento de volumen tipo masa en el cuadrante superior derecho, presentando dispepsia, hepatomegalia (12).

Esta patología se va a diagnosticar por medio de imagen, una de ellas es la ecografía que es de mayor eficiencia en el diagnóstico con 100% de sensibilidad y 97% especificidad. La tomografía también será de utilidad para la localización anatómica de los quistes. En este caso, al paciente se le realizó tomografía abdominal con los hallazgos de imágenes quísticas múltiples en hígado con impresión diagnóstica de Quiste hidatídico en hígado derecho. Dado a los hallazgos fue clasificado como Gharbi 3, por ser multivesicular. La Organización Panamericana de Salud (OPS) y la organización Mundial de la Salud dan respaldo a la clasificación de Gharbi y la de la misma OMS (14).

El uso de exámenes de laboratorio es de poca sensibilidad, e igualmente el uso concomitante de Hemaglutinación indirecta y ELISA se asocia con tasa de sensibilidad de 85 – 96%. También se hace uso de exámenes de inmunotransferencia que confirma el diagnóstico de hidatidosis. Al paciente se le solicitó Western Blot, una prueba para la detección de los mismos anticuerpos de Echinococcus el cual salió positivo, confirmado el diagnóstico (15).

El tratamiento médico es con benzimidazoles, de ellos el más eficaz es el Albendazol y el mebendazol en estadio larvario. El albendazol es el fármaco más utilizado, su dosis es de 10 - 15mg/kg/día con duración de tratamiento de 3 a 6 meses. Al paciente se le indicó como medicación previa, ante la programación de cirugía, albendazol 200mg VO c/8 horas. La cirugía realizada fue Hepatectomía derecha más colecistectomía, más rafia diafragmática, más parche de epiplón más drenaje. Fue una cirugía de gran tiempo de duración,

dado a la presencia de múltiples lesiones quísticas blanco nacarado ocupando más del 90% de hígado derecho. La recuperación fue favorable, la piel fue afrontada con grapas, no hubo signos de flogosis, y toleró vía oral. El paciente llegó a recibir transfusiones 5 paquetes globulares, ya que presentaba anemia y la cirugía era de magnitud. Finalmente, el paciente a los 5 días fue dado de alta con control por consultorio externo (15).

Caso clínico N°2

Introducción:

El siguiente caso clínico trata sobre una paciente con apendicitis, una de las patologías más frecuentes que se tratan en el servicio de Cirugía General. El objetivo del caso es describir la característica clínica y el plan quirúrgico frente a una apendicitis.

Datos de filiación:

Paciente: S. B. B

Edad: 55 años

Procedencia: San Juan de Miraflores

Fecha de ingreso: 01/12

Anamnesis:

Tiempo de enfermedad: 1 día

Forma de inicio: brusco

Curso: Progresivo

Relato cronológico:

Paciente refiere que 1 día anterior sufre dolor en epigastrio de forma súbita por lo cual acude a policlínico. Horas antes del ingreso, refiere que dolor migra a fosa iliaca derecha, tipo cólico, intensidad 8/10, asociado a sensación de alza térmica, náuseas, vómitos y diarrea. Por lo cual acude Emergencias al HNDM.

Antecedentes:

Personales: niega

Quirúrgicos: niega

Familiares: niega

Funciones vitales:

FC: 75 FR:22 T: 36:8 PA: 110/80 SO2: 97%

Al examen físico: AREG, AREH, AREH

- Piel y faneras: Tibia, llenado capilar menor de 2 segundos. No palidez
- Tejido celular subcutáneo: no edemas.
- Tórax y pulmones: MV pasa bien en AHT. No ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: plano, RHA (+), blando, depresible, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha y fosa iliaca izquierda. Signo Mc Burney (+), rousing (+) dunphy (+)
- Genito urinario: PPL (negativo) PRU (negativo)
- Sistema nervioso central: Despierto, Obedece ordenes simples y complejas. No signos de focalización ni signos meníngeos.

Diagnosticos presuntivos:

- Síndrome doloroso abdominal D/C apendicitis

Plan:

- Se solicita urea, creatinina, glucosa, electrolitos hemograma completo, perfil de coagulación
- Se solicita ecografía abdominal

Terapeutica de emergencia:

1. NPO
2. NaCl 0.9%1000cc 30 gotas EV
3. Ceftriaxona 2gr EV c/24horas
4. Metamizol 2gr EV c/8horas
5. Ranitidina 50mg EV c/8horas
6. CFV + OSA

Laboratorios:

Hemograma:

- 01/12: Hemoglobina 14.3 g/dL, Leucocitos 13856 mm³, plaquetas 181500mm³, abastoados 0 mm³, segmentados 5864mm³.

Bioquímico:

- 01/12: Urea 18mg/dL, Creatinina 0.71mg/dL, 125.3 glucosa mg/dL,

Perfil de coagulación:

- 01/12: TP 23.9 seg, INR 1.87, TTPA 36.7 seg

Electrolitos:

- 01/12: Na: 135 mmol/UL, K: 3.58 mmol/uL, Cl: 99 mmol/uL

Otros:

- 01/12: PCR 5.48 mg/L

Imágenes:

Ecografía Abdominal:

- FID: no se evidencia apéndice cecal sin embargo dolor intenso a la ecopresión +++/+++ asas intestinales aperistáltica (asa centinela)
- Vejiga: a moderada repleción, de paredes delgadas, contenido líquido homogéneo.
- No se evidencia líquido libre en cavidad abdominal al momento del examen.

Impresión diagnóstica:

- Asa centinela en FID asocia Mc Burney ecográficos
- Positivos signos indirectos de apendicitis aguda, correlacionar con estudio de laboratorio.

Diagnóstico definitivo:

- Apendicitis Aguda

Plan:

- Preparar para SOP para Apendicectomía

Terapéutica Pre SOP:

- Firmar consentimiento informado de la cirugía
- NPO desde las 6pm del día anterior
- Ceftriaxona 2 gramos EV 30min antes de SOP
- Metoclopramida 10mg VO 10pm y 6am
- Ranitidina 300 mg VO 10pm y 6am.
- Vendaje de miembros inferiores 30 min antes de SOP

INFORME OPERATORIO:

Cirugía realizada: apendicetomía + dren pen rose (2)

Duración de la cirugía: 2 horas 15 minutos

Hallazgos:

Apéndice cecal de aproximadamente 7 x 1 cm con necrosidad en 2/3 distales, perforada en 1/3 medio, con secreción purulenta de aproximadamente 300cc, base indemne, ciego fijo. Apéndice plastronado por asas intestinales y epiplón y además múltiples adherencias coloparietales.

Diagnóstico post operatorio:

peritonitis localizada + apendicitis aguda perforada

Evolucion:4/12

Paciente refiere dolor en herida operatoria, niega sensación de alza térmica, niega náuseas y vómitos. Tolera vía oral

Al examen físico REG, REH, REN

- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, herida operatoria sin signos de flogosis y leve dolor a la digito presión. No signos peritoneales. Dren con secreción serohemática 60cc en 24 horas.

Paciente masculino con los diagnósticos de:

1. Post operado de apendicectomía + Den Pen Rose

Laboratorio:

Hemograma:

- Hemoglobina 11.93 g/dL, Leucocitos 9880 mm³, plaquetas 136500mm³, abastoados 0 mm³, segmentados 5764mm³.

Paciente afebril, hemodinámicamente estable, con evolución favorable.

Hemoglobina post operatoria en 11.93. No signos peritoneales.

Plan:

Alta con indicaciones

Terapéutica:

- Cefalexina 500mg 1 Tab c/8 horas por 5 días, para evitar infección de herida operatoria
-
- Metronidazol 500 mg 1 Tab c/8 horas por 5 días, para evitar infección de herida operatoria
- Paracetamol 500mg 1 Tab condicional a dolor o temperatura mayor de °38 C.
- Control por Consultorio externo Cirugía General en 7 días

Discusión:

La Apendicitis se va a definir como la inflamación del apéndice, debido a una obstrucción de lumen lo que origina inflamación. Las causas de ello pueden ser por apendicolitos, tumores apendicales, parásitos o la hipertrofia del tejido

linfático, originando crecimiento bacteriano excesivo de *E. coli* y *Bacteroides spp.* y finalmente inflamación todo esto resultando en apendicitis aguda (16).

A nivel global, la apendicitis aguda afecta alrededor del 10%. Tiene mayor incidencia en la segunda y tercera década de la vida. Siendo de las causas principales de abdomen agudo. En el Perú en el 2018, la incidencia fue de 9.6% de apendicitis aguda (16) (17).

En la sospecha de apendicitis aguda, se utiliza la escala de Alvarado el cual es un apoyo para determinar el diagnóstico probable de Apendicitis aguda. Esta escala se subdivide en variables según síntomas como migración del dolor anorexia y cetonuria; respecto a los signos son el dolor en el cuadrante inferior derecho, rebote y temperatura mayor de 38.3°C; laboratorios como leucocitosis mayor de 10 000 mm³ y desviación a la izquierda de neutrófilos mayor de 75%. Cada uno con un respectivo puntaje. De 7 a 10 puntos será una alta probabilidad. La cronología de Murphy También utilizada para diagnosticar Apendicitis aguda, caracterizado por el dolor migratorio de epigastrio a FID, síntomas como náuseas, vómitos y presentar fiebre más de 38°C, también denominado triada de Murphy (18)(19).

El paciente del caso tenía un tiempo de enfermedad de un día con dolor en epigastrio que migra a fosa iliaca derecha tipo cólico intensidad 8/10, por lo tanto, si hubo un dolor migratorio al inicio. Luego el paciente presentó náuseas, vómitos SAT y diarrea. En sus laboratorios se evidenció leucocitosis sin desviación a la izquierda con un PCR de 5.48mg/dL. Contaba con una ecografía donde se evidencia asa centinela en fosa iliaca derecha que se asocia a Burney ecográfico, además de presentar signos indirectos de apendicitis aguda. Dado a la clínica se consideró como apendicitis aguda en cirugía de emergencia, por lo cual se programó para SOP, Realizada la apendicectomía los hallazgos fueron de apéndice cecal 7 x 1 cm con necrosis en sus 2/3 distales, perforada en 1/3 medio, con secreción purulenta de aproximadamente 300cc por lo tanto el diagnóstico es de Apendicitis aguda perforada y peritonitis localizada. Evolucionó el paciente favorablemente, se le da de alta con sus indicaciones y seguimiento por consultorio externo (18).

3.3 ROTACIÓN EN GINECOLOGIA:

Introducción:

El siguiente caso clínico a presentar es sobre una paciente con quiste a pedículo torcido, presentándose con un dolor abdominal intenso. Por lo cual la paciente acude a emergencia. El quiste a pedículo torcido es uno de los casos de emergencias ginecológicas de mayor frecuencia y que se presentan en pacientes en edad reproductiva. El objetivo del caso clínico es conocer el manejo quirúrgico de este tipo emergencia.

Caso clínico N°1:

Datos de filiación:

Paciente: I. E. P. E.

Edad: 28 años

Procedencia: Jesús María

Fecha de ingreso: 17/11/24

Anamnesis:

Tiempo de enfermedad: 6 días

Forma de inicio: Brusco

Curso: progresivo

Relato Cronológico:

Paciente refiere que desde hace 6 días presenta dolor abdominal, tipo cólico, de forma intermitente, localizado en hipogastrio, con intensidad 8/10, no asociado a sangrado vaginal. Paciente presenta ecografía transvaginal en medico particular de hace 3 días antes, con resultado de quiste gigante anexial derecho. El dolor abdominal es intenso y persistente por lo cual acude a emergencia del HNMD.

Antecedentes:

Patológicos: niega

Quirúrgicos: cesárea 2015

Antecedentes Gineco Obstétricos:

- FUR: 03/11/24
- Menarquia: 11 años
- Régimen catamenial: 4/30

- Inicio de relaciones sexuales: 17 años
- N° Parejas Sexuales: 3
- PAP: 2021 (Negativo)
- MAC: niega
- G1 P1001
 - G1 2015: Cesárea 2015, Edad gestacional de 42 semanas con un, Recién nacido de peso 3600 gr en el Hospital San Bartolomé.

Funciones Vitales:

FC: 94. PA: 128/73. FR:19. T:37° C. SO₂: 97%

Al examen físico AREG, REN, REH

- Piel y Faneras: Tibia, húmeda y elástica, llenado capilar <2 segundos, no palidez
- Mamas: blandas, simétricas, no dolorosas
- Torax y Pulmones: Murmullo Vesicular pasa bien por ambos hemitorax, no ruidos agregados
- Cardiovascular: Ruidos Cardiacos rítmicos, no soplos
- Abdomen: RHA (+) Globuloso. Dolor intenso a la palpación en hipogastrio. Masa dolorosa palpable de 12 x 10 cm aproximadamente en mesogastrio e hipogastrio. Signo de Rebote (-), Se examina con dificultad por el dolor.
- Genitales externos: Normales sin sangrado vaginal
- Tacto vaginal: cérvix posterior con Orificio cervical externo cerrado, dolor a la movilización. Se palpa masa de consistencia semisólida de +-9 cm, móvil, doloroso a la palpación en anexo derecho. No sangrado activo.
- Sistema nervioso central: Quejumbrosa, colaboradora al examen. LOTEPE, Escala de Glasgow 15/15. No signos meníngeos. No signos de focalización

Diagnósticos Presuntivos:

1. Dolor Abdominal inferior
2. D/c Quiste anexial derecho a pedículo torcido

Plan:

- Ecografía Transvaginal
- Exámenes prequirúrgicos

- Electrocardiograma

Terapéutica en Emergencia:

1. NPO
2. NaCl 9% 1000cc EV 30 gotas/min
3. CFV

PASA A CENTRO OBSTETRICO:

Ecografía Transvaginal 17/11/24:

Útero:

- Posición: AVF, Superficie: Regular, Densidad: homogénea
- Longitud 84 mm, transversal: 50 mm, AP: 45 mm
- Endometrio: 8.05 mm

Anexo derecho: no se puede distinguir bien

Anexo izquierdo: 31 x 15 mm

Fondo de saco: Libre

Observación: Imagen anecogénica de 133 x 80 mm con tabique en su interior.

Diagnostico:

1. Abdomen agudo quirúrgico
2. Quiste simple anexial derecho: d/c Quiste a pedículo torcido

Plan:

- Se prepara para cirugía de emergencia
- Firma de Consentimiento Informado de cirugía
- Preparar para SOP
- Se solicita hemograma, glucosa, urea, creatinina, perfil de coagulación, serológicos.

Terapéutica en Centro Obstetrico:

1. NPO
2. NaCl 9% x1000cc
3. CFV

Laboratorios:

Hemograma:

- 17/11: Hemoglobina 10.97 g/dL, Leucocitos 11460 mm³, plaquetas 394800mm³, abastoados 0 mm³, segmentados 5734mm³.

Bioquímico:

- 17/11: urea 29.6 mg/dL, creatinina 0.70 mg/dL, glucosa 113 mg/dL.

Perfil de coagulación:

- 17/11: TP 12.6 seg, INR 0.92, TTPA 31.2 seg.

Otros:

- PCR 5.48 mg/L

Serológicos:

- 17/11 VIH: No reactivo

Terapéutica Pre SOP::

1. NPO desde las 6pm del día anterior
2. Cefazolina 2 gramos EV 30min antes de SOP
3. Metoclopramida 10mg VO 10pm y 6am
4. Ranitidina 300 mg VO 10pm y 6am.
5. Vendaje de miembros inferiores 30 min antes de SOP

CIRUGÍA DE EMERGENCIA:

- INFORME OPERATORIO

FECHA: 18/11/24

Cirugía realizada: Laparotomía exploratoria: anexectomía derecha

Hallazgos: Útero: AVF de 5 x 5 x 4 cm. Anexo derecho: Quiste ovárico de 15x15x10cm de diámetro torcido 2 vueltas sobre su eje, de coloración violácea en base de pedículo que involucra trompa uterina e infundíbulo pélvico ipsilateral. Ovario izquierdo Blanco nacarado de 3x3 cm, trompa uterina derecha +- 8x0.5cm. Sangrado intraoperatorio de 60cc. Adherencias parieto epiploicas.

Complicaciones: Ninguna

Diagnóstico post operatorio:

1. Abdomen agudo quirúrgico por quiste ovárico derecho a pedículo torcido 2 vueltas sobre su eje.
2. Cesárea anterior 1 vez
3. Síndrome adherencial

Evolución: 2 días post operada

Paciente con evolución favorable, afebril, tolera vía oral. No otras Inter ocurrencias.

Al examen físico:

- Abdomen: RHA presentes, blando, depresible. Leve dolor a la palpación en herida operatoria no signos de flogosis
- Genitales externos: no sangrado.
- Tacto vaginal: no sangrado activo.

Paciente en condiciones de alta.

Plan: Alta con indicaciones

1. Cefuroxima 500mg VO c/12hr x 5 días, completar tratamiento antibiótico (2/7) para evitar infección en herida operatoria por la laparotomía realizada
2. Naproxeno 500 mg VO c/12hr x 3 días
3. Control por consultorio externo a Ginecología

Discusión:

En el área de Ginecología, los quistes a pedículo torcido representan el 2.7% de afecciones agudas según un estudio de la Revista Journal Of Mid Life Health del 2016. El quiste a pedículo torcido se define como la rotación del ovario y de la trompa de Falopio a lo largo del pedículo vascular de manera parcial o completa. Es de mayor frecuencia en la edad reproductiva, con mayor incidencia en el derecho (60%) que se asocia a dolor abdominal agudo. Este tipo de afección puede complicarse si no se trata a tiempo, como conducirse a una necrosis del tejido ovárico por la obstaculización de suministro sanguíneo al ovario con el resultado de infarto hemorrágico, rotura quiste pudiendo originar peritonitis, sepsis y adherencias. Respecto a la presentación clínica de los quistes a pedículo torcido, los pacientes presentan síntomas como dolor abdominal intenso, en algunos casos dolor irradiado hacia la espalda baja, asociado a emesis, sensibilidad abdominal en sitio ovario afectado y en la minoría de los casos fiebre. El presente caso la paciente presentaba un dolor abdominal localizado en la zona del hipogastrio de intensidad 8/10, tipo cólico desde hace 6 días, que no cedía con analgésicos. El dolor abdominal severo se asocia a quistes de ovarios de mayor complejidad como lo son en casos de torsión, hemorragias e infartos (20) (21).

La paciente acude a la emergencia con una ecografía particular; de hace 3 días antes de su ingreso por emergencia; donde le diagnostican quiste gigante anexial. Por lo cual se realiza una nueva ecografía en el servicio de emergencia;

donde se evidencia el quiste anexial gigante derecho de 133 x 80 mm con tabique en su interior. El manejo de quistes gigantes es quirúrgico, el tipo de cirugía a realizar dependerá de la condición de la paciente. Con el pasar de las décadas, la cirugía ginecológica tiene como objetivo realizar procedimientos menos invasivos en pelvis, por ello se trata de manejar con cirugía laparoscópica. La cirugía laparoscópica es un procedimiento moderno, es segura y mínimamente invasiva pero no todas las pacientes son candidatas. Para una cirugía laparoscópica se considera a pacientes que no presenten antecedentes de cirugías previas en pelvis, que no tengan adherencias en cavidad del abdomen y que actualmente no estén en su último trimestre de gestación. La laparotomía es una opción tradicional e invasivo, pero en el caso de que la paciente no sea candidata para una laparoscópica, será su opción. La paciente del caso tenía como antecedente una cesarea anterior hace 9 años, por ello sería una de las razones por lo cual no podría haber sido una cirugía laparoscópica. Luego de la cirugía, se tuvo los hallazgos de quiste ovárico derecho de 15x15x10cm de diámetro torcido de 2 vueltas sobre su eje (20).

Nuestra paciente de 28 años en edad fértil considerada como adulto joven por estar en el rango etario de 15-30 años presento este tipo de quiste anexial, estas torsiones se asocian a anomalías de desarrollo como tener trompas de mayor longitud, o ausencia de mesosalpinx. A diferencia de mujeres de edad avanzada que el quiste a pedículo torcido se asocia más a tumor ovárico entre benigno y maligno, poliquistosis ovárica o adherencias.

El presente caso, fue diagnosticado después de 6 días de inicio de los síntomas. Confirmado con la ecografía transvaginal por emergencia donde se indicaba quiste ovárico derecho de 15x15x10cm con diámetro torcido de 2 vueltas sobre su eje, el cual fue tratado de manera quirúrgica, de manera efectiva y exitosa evitando complicaciones. La paciente evolucionó favorablemente a los 2 días, se le da alta con indicaciones para la casa con tratamiento analgésico para el dolor postoperatorio y completar tratamiento antibiótico (2/7) por 5 días para evitar infección en herida operatoria por la laparotomía realizada. Finalmente se controlará a la paciente por consultorio externo en 7 días.

Caso clínico N°2

Introducción:

El caso siguiente trata de una paciente con miomatosis uterina, una de las patologías más frecuentes en la edad fértil. Los tumores uterinos se van a clasificar de acuerdo a su localización. Según su localización tendrán una presentación clínica característica. El objetivo del caso es identificar el manejo quirúrgico de acuerdo a su clasificación según la FIGO.

Datos de filiación:

Apellidos y Nombres: B. T. K. E

Edad: 39 años

Día de hospitalización: 26/10/24

Anamnesis:

Tiempo de enfermedad: 1 año

Forma de inicio: Insidioso

Curso: Progresivo

Relato cronológico:

Paciente refiere que desde hace un año percibe dolor pélvico, tipo cólico de intensidad (8/10). El dolor cede parcialmente con el uso de analgésicos y se intensifica durante la menstruación, haciendo uso de 10 toallas nocturnas durante el día. Hace 2 meses, acude a emergencia con dolor abdominal intenso persistente y le diagnostican miomatosis uterina. Por lo cual la paciente desde aquel día ha sido controlada por consultorio externo de Ginecología. Paciente ha sido programada para cirugía electiva.

Antecedentes Gineco obstétricos:

- G2 P1011.
 - o G1: Cesárea x macrosomía fetal (2013)
 - o G2: Aborto 2016
- RC: 10/28 días M: 12 años.
- FUR:23/10/24
- IRS: 19 años
- Dismenorrea: si (3+).
- Dispareunia: superficial.
- PAP: 02/11/2023 resultado: negativo
- Terapia de Reemplazo Hormonal: Niega

- MAC: niega

Antecedentes Patológicos:

- RAM a aines y penicilina,
- Resistencia insulina (Tto: metformina)

Antecedentes familiares:

- Cáncer de mama (tía)

Antecedentes Quirúrgicos:

- Quiste ovario roto (2004)
- Cesárea (2013)
- Colelap (2015)

Transfusiones sanguíneas:

- Niega.

FUNCIONES VITALES AL INGRESO:

FR: 19 FC:85 PA. 110/90 T: 36.6

EXAMEN FÍSICO:

Paciente AMEG, REH, REN

- Piel: Tibia, seca, elástica; llenado capilar < 2 seg
- Tórax y Pulmones: Murmullo Vescicular pasa bien ambos hemitorax. no ruidos agregados
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos regulares, no se auscultan soplos cardiacos
- Mamas: Simétricas, blandas, no dolorosas.
- Abdomen: RHA (+), blando depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal
- GE: Se evidencia sangrado vaginal, paciente actualmente con periodo menstrual.
- Tacto vaginal: VATEP, útero AVF +-8cm, cérvix posterior con orificio cervical externo cerrado. Dolor a la movilización. No sangrado activo.
- SNC: LOTEPE, EG 15/15, no signos meníngeos, no signos de focalización.
- Peso: 80 kg Altura: 1.50 m

Diagnóstico:

- Miomatosis uterina
- RAM Aines

- Obesidad tipo II

Plan:

Programar para SOP

LABORATORIOS

Paciente controlada por consultorio externo. Presenta exámenes de laboratorios durante su atención en consulta externa:

Hemograma:

- 04/09: Hemoglobina 12.05 g/dL, hematocrito 34.79%, Leucocitos 4670 mm³, plaquetas 298300mm³, abastionados 0 mm³, segmentados 4164mm³.
- 19/10: Hemoglobina 11.98 g/dL, hematocrito 34.92% Leucocitos 5618 mm³, plaquetas 290100mm³, abastionados 0 mm³, segmentados 4524mm³.
- 30/10: Hemoglobina 10.98 g/dL, hematocrito 32.93%

Perfil Ginecológico:

- 20/08: estradiol 66.856 pg/mL, FSH 4.72 mU/mL, Prolactina 18.1ng/ml,

Se solicitan estos exámenes previos en consultorio como control, el estradiol porque es de los estrógenos relacionado con el crecimiento de los miomas aumentado la sensibilidad del tejido asociado a la progesterona con la proliferación celular. La FSH en niveles elevados está relacionado con el crecimiento del mioma. En caso de la prolactina, mediante su secreción ectópica del mioma llegan a causar hiperprolactinemia.

Perfil Metabólico:

- 19/10: HbA1c 5.2, Glucosa basal 98.4, glucosa 60min 139.7, Glucosa 120 min 41.9.

Perfil de coagulación:

- 04/09: TP 13.3seg, TTPa 35.6 seg, INR 0.98

Bioquímica:

- 02/10: Urea 26.6 mg/dL, Creatinina 0.46 mg/dL, 98.7 mg/dL glucosa , PCR 5.2 mg/L

Perfil tiroides:

- 19/10: TSH 1.88 mU/L

OTROS:

Examen de orina (

- 04/09: Resultado: Negativo

SEROLÓGICOS:

- 01/09: HbsAG: No reactivo
- 04/09: VIH: No reactivo
- 04/09: AC. CONTRA TREPONEMA PALLIDUM: No reactivo

IMÁGENES Y ESTUDIOS:

Paciente presenta ecografías previas:

Eco TV: (12/08/24)

Útero: 94 x 64 x 55 mm - endometrio homogéneo de 9.4 mm

Anexos:

- AD: 43 x 41 x 46 mm con volumen ovarico de 35 cm con imagen anecogénica en su interior de 36.8mm
- AI: adherido hasta cara posterior de útero de 21 x 17 mm

FSD: libre

Observaciones:

- Se evidencia en cara anterior imagen isoecogénica de 15 x 19 mm (FIGO 4)
- Se evidencia otra imagen isoecogénica en fondo uterino de 20x16 mm (FIGO 5)
- Se evidencia múltiples imágenes anecogénicas con Doppler + que dejan sombra en forma de abanico.

Diagnósticos ecográficos:

- Adenomiosis uterino
- Miomatosis uterina FIGO 4 y FIGO 5 (intramural)
- Quiste simple de ovario derecho

Comentario: FIGO 4 y FIGO 5 son quistes uterinos de ubicación intramural, crecen dentro de la pared del útero y se extienden hasta distorsionar la cavidad a causa del tamaño y localización. El sangrado se puede originar por afectación paracrino del endometrio adyacente.

Eco TV: (19/08/2024)

Útero: 90.3 x 65 x 49.8 mm con endometrio ecogénico de 5 mm

Anexos:

- AD: Ovario derecho adherido a útero de 23x18 mm con 3 folículos <10mm
- AI: Ovario izquierdo de 34 x 23 mm con 1 folículos de 22,44mm

FSD: libre

Observaciones:

- Adenomiosis de aprox 27 mm
- En cuerno uterino derecho mioma de 31 x 20 mm FIGO 6 (subseroso)
- Trompa derecha visible con contenido anecogénico, diámetro de 16.8mm

Comentario:

Mioma subseroso (FIGO 6) usualmente no causan sangrado, se caracterizan por crecer hacia la cavidad peritoneal, originando compresión a órganos pélvicos y produciendo dolor.

Diagnósticos ecográficos:

- Miomatosis uterina
- Adenomiosis
- Hidrosalpinx derecha
- Cuenta Folicular antral: 3 (bajo)

INTERCONSULTAS:

Riesgos Quirúrgicos:

1. Cardiología: RQ II
2. Anestesiología: ASA II
3. Neumología: RN bajo

Otras especialidades:

4. Endocrinología: indica sugerencias:
 - Dieta baja en calorías (evaluada por nutrición)
 - No contraindicación quirúrgica para procedimiento.

DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS:

1. Miomatosis uterina

2. Adenomiosis
3. Hidrosalpinx derecha
4. Obesidad grado II
5. RAM AINES y penicilina

Plan:

- Preparar para SOP
- Firma de consentimiento de cirugía

Terapéutica:

7. NPO desde las 6pm del día anterior
8. Cefazolina 2 gramos EV 30min antes de SOP
9. Metoclopramida 10mg VO 10pm y 6am
10. Ranitidina 300 mg VO 10pm y 6am.
11. Vendaje de miembros inferiores 30 min antes de SOP

INFORME OPERATORIO:

CIRUGIA REALIZADA: HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL+
SALPINGOFORECTOMIA DERECHA+ SALPINGUECTOMIA IZQUIERDA.

inicio: 16:10 fin 18:35

Hallazgos:

Útero AVF +- 9x6cm, de consistencia dura, superficie irregular. No se caracteriza miomas uterinos. Anexo izquierdo ovario blanco nacarado 3x3 cm, trompa 6x1cm, adherida al ovario. Anexo derecha ovario blanco nacarado de 3x3cm, trompa de 6x1cm adherida a cuerpo uterino, trompa 6x1cm conservados. Sangrado 500cc aprox. Adherencias severa parieto epiploicas, vesico uterinas y recto uterinas.

Diagnósticos postoperatorios:

1. Miomatosis uterina
2. síndrome adherencial severo
3. Adenomiosis
4. Obesidad grado II

Indicaciones post quirúrgicas:

- antibioticoterapia
- analgesia

Evolución: Dos días post operatorios

Paciente con evolución favorable. Tolera vía oral, no refiere interocurrencias

Abdomen: RHA presentes. Blando, depresible, refiere leve dolor a la palpación en herida operatoria, no flogosis.

GE: no sangrado vaginal

TV: diferido

Plan:

- Alta con indicaciones
- Control por consultorio externo a Ginecología

Terapéutica:

1. Cefuroxima 500mg VO c/12hr x 5 días (completar dosis de 7 días) para evitar infección de herida operatoria.
2. Naproxeno 500 mg VO c/12hr x 3 días

Discusión:

Según la Guía de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, la miomatosis uterina tiene una incidencia máxima a la quinta década de la vida. Los Miomas uterinos presenta una prevalencia del 70%, con predominio en raza negra. El 70% de las mujeres presentaran este tipo de lesión en el transcurso de su vida (22)(23).

Alrededor del 25% de mujeres en edad fértil, padecen de síntomas clínicos por Miomatosis Uterina. Con mayor frecuencia, se presentará alteraciones menstruales como hipermenorreas y hemorragias Intermenstruales, dolor abdominal con síntomas de compresión. La hipermenorrea se va a observar en un 30% de los casos. La clínica es similar a como se presenta el caso clínico muestra una mujer de 39 años con dolor abdominal desde hace un año asociado a hipermenorrea durante la menstruación llegando a utilizar 10 toallas nocturnas diarias (22).

El uso de imagen como la ecografía será útil, con el caso de miomas submucosos y pólipos es de uso la ecografía transvaginal. La tomografía no es el estudio ideal. La resonancia magnética es de buen uso cuando ecográficamente no se puede distinguir miomas o su relación de los submucosos con el endometrio. En el caso expuesto, se realizó dos ecografías previas donde se evidencia en la cara anterior imagen isoecogénica de 15 x 19 (FIGO 4), también se evidencia otra imagen isoecogénica en fondo uterino de 20x16 (FIGO 5), estos son denominados como miomas intramurales. La paciente del caso ha presentado hipermenorrea, esto ha podido darse a cabo por la dificultad de contracción del útero. El sangrado se puede originar también por afectación paracrino del endometrio adyacente. La segunda ecografía evidencia en el cuerno uterino derecho un mioma de 31 x 20 mm (FIGO 6) tipo subseroso. Los miomas subserosos usualmente no causan sangrado, se caracterizan por crecer hacia la cavidad peritoneal, originando compresión a órganos pélvicos y produciendo dolor. La clasificación de FIGO, de acuerdo a la anatomía uterina se van a clasificar en submucosos (FIGO 0,1,2), intramurales (FIGO 3,4,5), subserosos (FIGO 6,7), pediculados e híbrido (FIGO 8). Cada uno de los tipos según la clasificación se subdivide de acuerdo a la penetrancia en cavidad uterina y el miometrio. Los submucosos son lo más frecuentes (5-10%) en presentar más sangrado ocasionando hipermenorrea. Factores de riesgo para padecer de miomatosis serán la raza como en mujeres afroamericanas, antecedente de miomatosis familiar, menarquia precoz, los malos hábitos como el tabaquismo, alcohol, estrés, cafeína, enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, obesidad aumentan el riesgo de desarrollo de miomas. Dentro de estos, la paciente del presente caso presentaba obesidad grado II (23).

El tratamiento en la miomatosis uterina dependerá de si la paciente está desacuerdo con su paridad satisfecha o si desea preservar su fertilidad. La histerectomía es de las cirugías más comunes de realizar para el caso de miomatosis, estas pueden ser vía abdominal o vaginal. En estudios se ha demostrado la satisfacción de pacientes de alrededor de más de 95%. La miomectomía es la de elección en pacientes con deseo de preservar fertilidad, y la técnica de vía para realizar podría ser por laparoscópica, laparotomía o histeroscopia dependiendo de la localización del mioma. Se debe recalcar que,

en casos de miomas subserosos e intramurales, estos pueden formar adherencias posquirúrgicas. En miomas submucosos la eficacia de la histeroscopia es muy buena. La cirugía que se realizó en el presente caso es la de Histerectomía Abdominal Total + Salpingo Oferectomia derecha + Salpinguectomía izquierda. La paciente evolucionó favorablemente a los dos días de la cirugía, fue dada de alta con indicaciones para la casa como tratamiento analgésico y antibiótico para evitar infección de herida operatoria. Se le cita a consultorio externo para su seguimiento en 7 días (23) (24).

3.4 ROTACIÓN EN PEDIATRIA

Caso clínico N°1

El siguiente caso trata sobre una paciente con crisis asmática, una de las patologías más frecuente en la edad pediátrica, y de los que se hospitalizan con mayor frecuencia. El objetivo de caso es reconocer el tipo de crisis asmática que se presenta y el manejo correspondiente.

Datos de filiación:

Paciente: A, G. S. G

Edad: 8 años

Procedencia: San Luis

Fecha de ingreso: 07/11/24

Anamnesis:

Tiempo de enfermedad: 1 día

Inicio: Insidioso

Curso: progresivo

Relato Cronológico:

Madre refiere que un día antes del ingreso a la EMG, menor presenta tos, rinorrea hialina asociado dolor abdominal de moderada intensidad. Niega fiebre, niega vomito. Horas antes del día del ingreso presenta aumentos de tos que se vuelve más persistente, la paciente se presenta agitada y silbidos en el pecho sin uso de estetoscopio. Motivo por el cual familiares la traen a emergencia pediátrica del HNDM

Antecedentes:

Patológicos: nebulizada hace más de un año.

Quirúrgicos: niega

Familiares: madre sana, padre sano, abuelos paternos (asma bronquial)

Examen físico

Funciones vitales: FC:110 FR: 44 SO₂: 93% T°: 36°C. Peso:26 kg.

Paciente AMEG, AREH, AREN, se presenta agitada con uso de músculos accesorios a esfuerzos.

- Piel y faneras: Tibia, llenado capilar menor de 2 segundos, No cianosis.
- Orofaringe: congestiva.
- Tórax y pulmones: A la inspección se observa tiraje Intercostal, subcostal y supra clavicular. A la auscultación MV pasa bien por AHT. Roncantes bilaterales, sibilantes espiratorios e inspiratorios.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, aumentados en frecuencia, no soplos
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+), Blando, depresible, no doloroso, no se palpa masas. No visceromegalias. No signos peritoneales
- Genito urinario: PPL (negativo) PRU (negativo)
- Sistema nervioso central: LOTEP. Escala de Glasgow 15/15.
- Score de Bierman y Pearson: 6 puntos

Diagnósticos presuntivos de EMG

1. Síndrome de Insuficiencia respiratoria:

a. Crisis asmática moderada:

Dado por Score de Bierman y Pearson de 6 puntos por cumplir los siguientes criterios: FR 44 (1pto), sibilantes Inspiratorios y espiratorios a la auscultación (2ptos), retracciones musculares de 3 músculos (3 ptos), no cianosis puntos (0 ptos)

Plan terapéutico de EMG:

- Nebulización Salbutamol 16gts+ 5cc SF C/20min por 3 veces
- Dexametasona 8mg IM STAT
- Bromuro de ipratropio 4 puff por Aerocámara C/20min por 3 veces

Según la guía de la Asociación Española de Pediatría, el objetivo del manejo de una crisis asmática (moderada) es en primer lugar revertir el

broncoespasmo de manera rápida mediante el uso de broncodilatadores (salbutamol 0.15mg/kg/dosis) con 3 dosis en la primera hora cada 20 min. Segundo objetivo, disminuir la inflamación con corticoides sistemicos (dexametasona 0.4mg/kg/día) administrado en la primera hora. Por último, el empleo de anticolinérgico como el Bromuro de ipatropio; cuya función broncodilatadora es más lenta pero prolongada a comparación de la beta 2 agonistas; esta indicado en este tipo de casos moderados para funcionar en base al componente vagal del broncoespasmo, su administración (4 puff) en tres dosis sucesivas cada 20 minutos; asociados con el Salbutamol; produce mejoría de los síntomas de manera rápida mejorando la función respiratoria.

Reevaluación 9 pm

Paciente refiere dolor abdominal y dos episodios de vómitos post nebulización con Sat% 90%, FR 34x.

- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa en AHT. Sibilantes inspiratorios y espiratorios difusos, tiraje leve subcostal

Le agregan:

- Simeticona 20 gotas VO stat
- Nebulización con Salbutamol 16gotas +5cc SF C/20min por 2 veces
- Bromuro de ipratropio 4 puf C/20min por Aerocámara
- Le solicitan Rx tórax: donde se evidencia aumento de trama bronquial bilateral, atelectasias múltiples,

LABORATORIOS:

Hemograma:

- 8/11: Hemoglobina 12.22 g/dL, leucocitos 13726mm³, plaquetas291700 mm³, abastoados 0%, segmentados 95.5%

Bioquímico:

- 8/11:Urea 28mg/dL, Creatinina 0.38mg/dL, 251.1glucosa mg/dL, PCR 17.5 mg/L

Electrolitos:

- 8/11: Na 143 mmol/L, K 3.14 mmol/L, Cl 105.3 mmol/L

Plan terapéutico en EMG

1. NPO por 2 horas y luego tolerancia oral
2. Dextrosa 5% 1000cc
3. NaCl 20%
4. Kcl 20%
5. Nebulización 16 gotas salbutamol +4cc SF C/3h
6. Bromuro de ipratropio 20 mg 4puff C/4horas
7. Metamizol 650 mg PRN temperatura mayor de 38°C
8. Metilprednisolona 15mg EV C/6h
9. CFV+ BHE+ asegurar oxígeno si Sat <92%

Al siguiente día:

En 24 horas presenta mejoría clínica en EMG. Portadora de Cánula binasal a 3L/min con saturación 94-96%

Paciente REG, REN REH.

- Tórax y Pulmones: persiste leve distrés, evolución lenta. Aun requiere oxígeno, continúa con nebulización.

Se encuentra afebril, sin cobertura antibiótica.

Otros exámenes:

Reacción inflamatoria en heces (negativo)

Diagnósticos definitivos:

- 2.Crisis asmática moderada
- 3.Atelectasias múltiples

Plan:

Pasa a hospitalización para continuar con plan terapéutico.

HOSPITALIZACIÓN SAN CAMILO: 10/11/24

Paciente hospitalizada dos días con evolución tórpida, con episodios de desaturación dependiente de oxígeno con cánula binasal a 5L.

Al examen físico:

Funciones vitales: FC:125 FR: 36 SO₂: 88% Cánula binasal.

- Tórax y Pulmones: Murmullo Vesicular pasa disminuido en ambas bases. Sibilantes espiratorios e inspiratorios en AHT.

Se le indica terapia de rescate:

- Salbutamol 16gotas +4cc SF C/20min 3 veces
- Metilprednisolona 25mg EV stat

A la reevaluación con terapia:

Sat 80- 83% FR 29x con cánula binasal a 5L

EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS:

Pasa al servicio de Emergencias Pediátricas para un mejor monitoreo y manejo, ingresa con Máscara de reservorio.

Funciones vitales:

FC: 148. FR:34 SatO2: 94-96% con Máscara de reservorio.

Examen físico:

- Tórax y Pulmones: MV pasa bien por AHT. Sibilantes inspiratorios y espiratorios. Tiraje subcostal, Inter costal, supra clavicular.
- Cardiovascular: RCR Bl. Taquicárdica

Score Bierman y Pearson: 6 puntos (FR 34 1pto, sibilantes inspiratorios y espiratorios con estetoscopio 2 ptos, retracción 3 músculos accesorios 3ptos, no cianosis 0pts)

Diagnósticos definitivos:

1. Crisis asmática: Status asmático
Debido a la no mejoría pese al tratamiento convencional para la crisis asmática.

Plan:

- Continúa con Mascara de Reservorio a 15L

Interconsultas:

Neumología Pediátrica el 12/11:

- Al examen físico reportan que MV pasa disminuido a predominio de HTD. Sub-crépitos en ambas bases y sibilantes difusos.

Comentarios sobre Rx de tórax:

- Del 7 de Nov: aumento de trama bronquial bilateral, signos indirectos de atrapamiento aéreo.
- Del 10 de Nov: radiopacidades difusos bilaterales con borramiento de ángulo costofrénico y obstrucción de ángulo posterior.

Recomiendan:

- Continuar con terapia B2 agonistas nebulizadas según pautas
- Mantener corticoides sistémicos por 7 días
- Rx tórax simple compatible con efusión pleural leve secundaria a proceso infeccioso parenquimal. Se amplía cobertura antibiótica con ceftriaxona 80mg/kg/día.
- Solicitan panel respiratorio (virus y atípicos)
- Fisioterapia respiratoria intensiva.
- O2 para saturación mayor de 92%
- Monitoreo de funciones.

Panel respiratorio:

Resultado: NEGATIVO, para Legionella Pneumophila, Mycoplasma Pneumoniae, coxiella Burnetii, Chamydophila Pneumoniae, adenovirus, influenza A y B, parainfluenza

Plan terapéutico: durante la estancia en EMG

1. Dieta blanda+LAV
2. Dextrosa 5% 1000cc
 - a. Nacl 20%40cc
 - b. K Cl 20% 10cc.... 60 cc/h
3. Nebulizacion con 16 gotas Salbutamol + 5cc de SF C/20min por 3 veces, luego C/2h (el 12/11 le intercalan con el SF de 3%)
4. Metilprednisolona 60mg EV C/6h. Luego de 1 día cambio. 15mg EV C/6h, (13/11 le rotan a prednisona a 13ml VO C/12h)
5. Azitromicina 6.5 ml VO C/24 horas
 1. Bromuro de ipratropio 20mg 4puff C/20min luego 4 puf C/4h, (se suspende el 12/11)
 2. Beclometasona 2 puf C/12 horas por Aerocámara
 3. Ceftriaxona 1gr EV C/12 horas (desde el 12/11)
 4. O2 húmedo para mantener Sat >92% (destete el 14/11)
 5. CFV+ OSA+BHE

REGRESA A HOSPITALIZACIÓN A SAN CAMILO:

Ingreso: 14/11. Hora: 10:20pm sin uso de apoyo oxigenatorio.

Evolución: 15/11/24 7:00 am

Funciones vitales: FC: 76. FR: 21 SO2: 97% FIO: 21%

Paciente actualmente sin apoyo oxigenatorio, saturando hasta 97% no se presenta taquipnea, no tirajes. Madre refiere que pasa la noche tranquila.

EXAMEN FÍSICO: AREG, AREH, AREN

- Piel y Faneras: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos, no cianosis peri oral.
- Tórax y Pulmones: MV pasa bien por HTI, disminuido en derecho. Se ausculta pocos sibilantes en ambos ápices pulmonares.
- Cardiovascular: RCR, de buena intensidad. No soplos. No taquicárdica
- Abdomen: RHA (presentes), Blando, depresible, no dolor a la palpación. No visceromegalias. No signos peritoneales
- SNC: LOTEPE. Escala de Glasgow: 15/15.

Paciente femenina de 8 años con los diagnósticos de:

1. Crisis asmática: estatus asmático en resolución
2. Neumonía complicada con derrame pleural leve derecho
3. Atelectasias múltiples

Paciente con evolución favorable, ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio hasta 97%. No tirajes.

Plan:

- Continuar antibioticoterapia (3 días) Ceftriaxona (4 días) azitromicina.
- Continuar con corticoides
- Nebulización con Salbutamol.

Evolución: 16/11/24

Funciones vitales: FC: 79 FR: 20 SO2: 96% FIO: 21%.

- Tórax y pulmones: MV pasa bien por AHT, No se ausculta sibilantes ni otros ruidos. No tirajes. No uso de músculos accesorios.

Paciente mujer femenina de 8 años con los diagnósticos de:

1. Crisis asmática: estatus asmático resuelto

2. Atelectasias múltiples resueltas.

Paciente con evolución favorable.

Plan:

- alta con indicaciones
- Control por Consultorio externo de Pediatría y Neumología pediátrica.

Terapeutica:

- Ultima dosis de Ceftriaxona ev 1gr en la hospitalización.
- Beclometasona 2puff inh cada 12 horas (8am y 8pm)
- Salbutamol 2puff inh cada 6 horas

Discusión:

La crisis asmática en la población pediátrica son de los casos más frecuentes, aproximadamente el 20 % requerirá atención en servicio de urgencias pediátricas. 15% de los pacientes ingresan a hospitalización en unidades de observación y con menor frecuencia en UCI. El asma se caracteriza como la inflamación de la vía aérea que originará dificultad respiratoria, dolor torácico, sibilancias, y tos. El caso presente, la menor presentaba tos exigente, estaba agitada con disnea y silbidos sin uso de estetoscopio (25).

Las crisis asmáticas o también llamadas exacerbaciones son episodios en los que el estado basal del niño asmático empeora y necesitan apoyo y tratamiento médico inmediato. En la fisiopatología, se describe crisis asmática como la inflamación, hiperreactividad y obstrucción reversible de la vía aérea. Infecciones virales, exposición a alérgenos, poca adherencia al tratamiento de mantenimiento pueden desencadenar las crisis (25) (26).

La importancia de tener una historia clínica con antecedentes que nos indique la gravedad del cuadro y desde cuándo inicio los síntomas nos ayuda al apoyo diagnóstico, como es el caso de la paciente que ya ha sido nebulizada hace un año, el cual nos orienta también a la terapéutica. Al examen físico, se debe tener en cuenta la apariencia anormal si es que se presenta en paciente irritable, dificultad para hablar, taquipnea, preferencia a estar sentado, retracción, respiración lenta con hipoventilación grave al auscultar. Considerar la frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno menor de 92 % y asociarlo a posibilidad de

hospitalización. En el caso clínico la menor presentaba FR en 44, saturando 93% al límite con un patrón marcado tirajes intercostales y subcostales, además de sibilancias inspiratorias y espiratorias por lo cual inmediatamente nebulizan con salbutamol, colocación de dexametasona y bromuro de ipatropio como terapia de rescate. Más luego le agregan metilprednisolona.

El tratamiento de la crisis asmática se basa en la reversión del broncoespasmo con el uso de broncodilatadores de acción corta (SABA) y reducir inflamación con el uso de corticoides. Se brinda oxigenoterapia en caso de hipoxemia, y brindar postura semisentada. El uso de anticolinérgicos como el Bromuro de ipatropio, es de uso en casos de crisis asmáticas de moderadas a graves, en conjunto con el salbutamol da mejoría más rápida. En algunos casos se brinda Sulfato de magnesio cuando no reacciona favorablemente el paciente a la terapia de rescate con hipoxemia persistente, sin embargo, la paciente no ameritaba (26).

Solicitan radiografía de tórax. Según las guías de práctica clínica, la radiografía de tórax se solicita cuando a pesar del tratamiento evoluciona torpidamente. De ser así evaluar complicaciones, como atelectasias, neumonía, neumotorax o arritmias. La paciente del caso al inicio presentaba radiografía donde se evidencian atelectasias múltiples, que más luego evolucionó a consolidaciones bilaterales con derrame pleural derecho otorgando en diagnóstico de Neumonía complicada por lo cual se le inicia antibiótico ceftriaxona 1gr c/12 hrs por 5 días. (25)

La paciente evolucionó favorablemente al tratamiento de base más el tratamiento antibiótico con ceftriaxona y azitromicina, sin clínica de dificultad respiratoria por la cual se le da de alta con tratamiento de mantenimiento de beclometasona 2puff cada 12 horas y salbutamol 2 puff cada 6 horas, ambos con aerocámara hasta control por consultorio externo.

Caso clínico N°2

Introducción:

El siguiente caso es sobre una paciente pediátrica con Diarrea aguda infecciosa, una de las patologías más frecuentes en Pediatría. Esta patología es causada por virus, bacterias o hongos. La etiología del caso es de shigella disenteríae, que es una de las causas más frecuentes. El objetivo del caso es conocer cómo se presenta la patología de diarrea infecciosa clínicamente y cómo evoluciona, a la vez identificar el manejo a realizar y los exámenes a solicitar.

Datos de filiación:

Paciente: K. S. L.B

Edad: 4 Años

Procedencia: La victoria

Fecha de ingreso: 09/12/24

Anamnesis:

Forma de inicio: insidioso

Curso: progresivo

Tiempo de enfermedad: 7 días

Relato cronológico:

7 días antes del ingreso presenta fiebre no cuantificada, vómitos en 4 oportunidades, por lo cual acude a Emergencias Pediátricas Grau en donde le colocan metamizol y dejándole paracetamol en casa. 6 días antes del ingreso, persiste fiebre, vómitos, más deposiciones líquidas con moco sin sangre 4 cámaras. Tratada con Simeticona por familiar. 3 días antes del ingreso persiste los síntomas acude a emergencias del HNDM donde le diagnostican intoxicación alimentaria indicándole suero pediátrico, paracetamol y Simeticona. Hace dos días antes del ingreso persiste dolor abdominal, deposiciones líquidas con moco 6 cámaras, por lo cual lo llevan a emergencias pediátricas donde le realizan exámenes de reacción inflamatoria 20-30 por campo, PMN 80%, campylobacter negativo. Donde le indicaron furazolidona ½ cucharita cada 6 horas. El día de ingreso por emergencia, familiar refiere que menor persiste con deposiciones líquidas 6 cámaras, agrega rasgos de sangre e hiporexia, por lo que acude a emergencias pediátricas del HNDM

Antecedentes:

Quirúrgicos: niega

Personales: Microtia

Familiares: niega

FUNCIONES VITALES:

SatO2 99%. FC 100x T: 36.6 Peso: 14Kg

Examen físico:

- Piel y faneras: Llenado capilar < 2 segundos, mucosa oral seca. Palidez ++/+++
- Ojos: hundidos
- Tórax y Pulmones: MV pasa en AHT. No ruidos agregados
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, pulsos simétricos de regular intensidad. No soplos
- Abdomen: RHA aumentados, Blando, depresible, refiere dolor a la palpación.
- Genitourinario: femenino, paciente portadora de pañal con deposición líquida con moco y escaso rastro de sangre.
- SNC: irritable, despierta reactiva a estímulos. Llanto con lágrimas.

Diagnóstico presuntivo:

- Deshidratación moderada: paciente presenta los siguientes signos de deshidratación irritabilidad, ojos hundidos, mucosa oral seca
- Diarrea aguda infecciosa
- D/c Disentería

Plan:

- Se solicita laboratorios: hemograma, urea, creatinina, electrolitos, PCR
- Se solicita reacción inflamatoria en heces
- Se solicita coprocultivo

Terapéutica:

1. Suero de rehidratación oral (SRO): Según la guía de la asociación española de pediatría SRO incluye 2 fases, la primera de rehidratación que incluye tiempo de 2 a 4 horas administrando SRO 50-100ml/kg. La segunda la fase de mantenimiento; después de 4 horas; se compensa las

nuevas pérdidas 2-3ml/kg por cada vómito y 5-10ml/kg por cada deposición diarreica.

2. Rehidratación intravenosa : NaCl 0.9% 500cc + Dextrosa 5% en agua destilada 500cc + KCl 20% 10cc ->420cc en los primeros 30 minutos , luego 980cc en 2 horas y 30 min.

Segun la Guía clínica del MINSA para el diagnóstico y tratamiento de Diarrea aguda infecciosa en paciente pediátrico, el tratamiento de hidratación endovenoso en pacientes > 1 año, es la siguiente: Los primeros 30 minutos debe administrar 30ml/kg de NaCl 0.9%. Luego de esos primeros 30 minutos, administrar 70ml/kg en 2 horas y media (27).

3. Ondansetron 2mg PRN vómitos. La guía clínica de la asociación española de pediatría señala el uso de ondansetron 0.15mg/kg (Max 8mg) en caso de vómitos y luego posterior a ello 20 minutos realizar prueba de tolerancia. Este fármaco aumenta el QT en electrocardiograma (28).
4. Metamizol 360 mg EV PRN a temperatura >38°C
5. Simeticona 20 gotas VO c/ 8horas

La Guía Clínica del MINSA para el diagnóstico y tratamiento de Diarrea aguda infecciosa en paciente pediátrico no recomienda el uso de antieméticos. Los vómitos deberían ceder con una correcta administración de RHO (27).

Laboratorios:

Hemograma:

- 09/12: hemoglobina 12.08 g/dL, hematocrito 33.52%, leucocitos 5809 mm³, plaquetas 264600 mm³.

Bioquímica:

- 09/12: Urea 21.8 mg/dL, Creatinina 0.27 mg/dL, glucosa 80.8 mg/dL, PCR 198.1 mg/L

Reacción inflamatoria en heces:

- 09/12: leucocitos >100/campo, Polimorfonucleares 90%, mononucleares 10%, hematíes >100/campo.

Reevaluación:

Paciente tolera líquidos, refiere dolor abdominal leve, continua con deposiciones líquidas con secreción mucosa con rasgos de sangre. Niega vómitos. Cursa con T° 38 C.

Al examen físico:

- Abdomen: RHA aumentados, blando, depresible, dolor a la palpación profunda. No signos peritoneales

Piel: Llenado capilar <2seg, mucosas secas, ojos hundidos

Plan:

- Inicio de antibioticoterapia con Ceftriaxona 560 mg EV c/12 horas (dosis de 80mg/kg/día)
- Pasa a hospitalización

Evolución: 15/12

Paciente estable, con evolución favorable a antibiótico, no presenta deposiciones líquidas desde hace 2 días, tolera vía oral, aumento de apetito. No sensación de alza térmica.

Al examen físico:

- Piel: tibia, hidratada y elástica, mucosas hidratadas. Signo de pliegue (-)
- Ojos: no hundidos
- Abdomen: RHA (+), blando depresible, no dolor a la palpación, no signos peritoneales.
- SNC: despierta, reactiva a estímulos.

Exámenes:

Coprocultivo

Resultado: Shigella dysenteriae

Diagnósticos:

- Diarrea aguda disentérica
- Exámenes de laboratorio control

Laboratorios:

Hemograma:

- Hemoglobina 11.49 g/dL, hematocrito 32.68 %, leucocitos 9218 mm³, plaquetas 315400 mm³, abastionados 369 mm³, segmentados 4148 mm³.

Plan:

- Culminar con antibioticoterapia Ceftriaxona 1 gramo ampolla, 560 mg EV (7 dosis)
- Simeticona 80mg gotas, 20 gotas VO c/8 horas por tres días
- Paracetamol 120mg/5mg, 9ml VO PRN A T>38°C

Discusión:

Diarrea aguda se considera a las heces de consistencia blanda o líquida con un aumento en su frecuencia en 24 horas, en un lapso de tiempo de 7 días. Diarrea prolongada menor de 2 semanas, y crónica mayor de 2 semanas. Se asocia a disminución de peso, pérdida anormal de agua y electrolitos. Teniendo como factores predisponentes como inmadurez de función digestiva, inmunológica, metabólica, hepática y a nivel renal. Con una mortalidad de 550000 muertes al año en países subdesarrollados o en camino de desarrollo. Siendo de los casos de ingreso hospitalario más frecuentes. El rotavirus es de los agentes más frecuentes en menores de dos años, el campylobacter con frecuencia en mayores de 5 años (28).

La importancia de hacer una buena historia clínica para conocer la etiología y distinguir origen vírico que se caracteriza por deposiciones acuosas acompañados de vómitos. En caso de la bacteriana, afecta el colon ocasionando cólico, heces sanguinolentas y moco; en casos se le sumara deposiciones blandas o líquidas, asociado fiebre y dolor abdominal considerar afectación de la mucosa intestinal y su absorción que son característicos de la Disentería, que se da con bacterias como Salmonella, shigella, campylobacter y E. coli. En el caso presente, paciente de 4 años con tiempo de enfermedad de 7 días que inició con vómitos, fiebre, conforme pasaron los días evidenció deposiciones líquidas con moco sin sangre, no toleraba vía oral y un día antes del ingreso deposiciones líquidas moco, si presenta rasgos de sangre además de signos de deshidratación. Se le solicitó una reacción inflamatoria de heces y un coprocultivo, la reacción inflamatoria dio de resultado más de 100 leucocitos/campo, PMN 90%, hematies 100/campo (28).

El tratamiento tendrá como objetivos reponer las pérdidas de líquidos esto mediante el uso de sueros de rehidratación oral que se compone de agua, sodio, cloruro, potasio, y glucosa; y recuperar un buen estado nutricional y poco a poco la introducción a la alimentación normal que se iniciara con dieta blanda hipograsa. El uso de antibióticos no está indicado en niños, dado que la mayoría de diarrea son de origen vírico.

Sin embargo, en caso de diarreas bacterianas se brinda antibiótico cuando se sospecha de riesgo de infección grave que puede evolucionar a sepsis y haya afectación intestinal. La paciente del presente caso no presentaba leucocitosis, pero sí un PCR 198.1, y su reacción inflamatoria con leucocitos más de 100/campo, PMN 90%, hemáticas 100/campo. Por lo cual por los resultados y la clínica presentada se inició tratamiento con ceftriaxona, dado que el coprocultivo iba a tomar 4 días para dar un resultado y hasta esa fecha no se podría esperar para el inicio de tratamiento antibiótico (28).

Finalmente, ya en hospitalización 6 días paciente ya no presenta deposiciones líquidas 2 desde hace 2 días, tolera vía oral, no tiene picos febriles, sin signos de deshidratación, no se presenta irritable; además el coprocultivo dio como resultado *Shigella Dysenteriae* por lo cual se tiene en cuenta la efectividad del tratamiento empírico. Es así como es dada de alta con indicaciones y control por consultorio externo.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico es una de las etapas de la carrera de medicina humana más importantes, el cual el estudiante con conocimientos previos de pregrado relaciona e interactúa con cada uno de los pacientes, bajo supervisión de médicos asistentes y residentes, usando el juicio para determinar las posibles causas, métodos diagnósticos y otras medidas terapéuticas para desarrollar con cada paciente. De tal manera que uno como interno desarrolle habilidades para la debida atención del paciente.

El Hospital Nacional Dos De Mayo, un centro hospitalario emblemático nivel III-1, ha sido una sede que me ha aportado mucho conocimiento por la variedad de pacientes que recibe y las diversas especialidades que atiende. Como interno de medicina uno tiene un rol muy importante en todos los servicios como la evaluación diaria del paciente y su respectiva evolución, participes de algunos procedimientos que fueron supervisados por los residentes y médicos asistentes. De esta manera reforzando así los conocimientos previos, y a la vez de aprender otros nuevos, acompañados de actividades académicas.

Durante el internado, así como hubo buenas oportunidades gratificantes, también hubo barreras para brindar una buena atención a los pacientes. Como fueron los problemas administrativos y técnicos, el poco personal en algunos servicios, escasas pruebas de laboratorios, entre otros. Por el cual tuvimos que superar para poder estudiar al paciente y brindarle la atención que se merece. De tal manera que uno aprende actitudes, toma decisiones y sabe manejar debidamente los recursos del centro hospitalario. A la vez, de poder entender a los pacientes de forma empática, conociéndolos y darles la confianza y seguridad que se está tratando de hacer uso de todas las herramientas y medios necesarios para poder atenderlo.

CONCLUSIONES

1.- La incidencia de reacción alérgica medicamentosa a tionamidas como el metimazol es de 0.1 – 0,15% con efecto como granulocitosis y patologías hepáticas. La importancia de un buen control por consultorio externo de Endrocrinología frente a un diagnostico tan importante como es el Hipertiroidismo, para de esta manera hacer seguimiento a la adherencia del tratamiento indicado o reacciones alérgicas a este.

2.- El enfoque del tratamiento inmediato de la insuficiencia cardiaca es aliviar los signos y síntomas, sobrecarga de volumen disminuirla y mejorar la hemodinamia cardiaca. Al sumarse a ello un daño renal, se define la patología como síndrome cardiorrenal, con mayor frecuencia de etiología hipertensiva por mal adherencia al tratamiento.

3.- La hidatidosis es una patología zoonótica ocasionado por echinococcus granulosus, el humano y las ovejas o ganado son los huéspedes intermediarios que se infecta mediante contacto con perros o con alimentos contaminados con huevos de cestodos. Con frecuencia son asintomaticos y se diagnostican de manera incidental por ecografía abdominal con mayor frecuencia. En paciente sintomáticos presentan clínica como dolor abdominal, aumento de volumen tipo masa en el cuadrante superior derecho, presentando dispepsia, hepatomegalia.

4.- La apendicitis aguda afecta alrededor del 10%. Tiene mayor incidencia en la segunda y tercera década de la vida. Siendo de las causas principales de abdomen agudo. Según la escala de Alvarado los laboratorios se presentan leucocitosis mayor de 10 000 mm³ y desviación a la izquierda de neutrófilos mayor de 75%, En la patología de apendicitis no en todos los casos se presenta leucocitosis y un PCR elevada. Por lo tanto, será la clínica y algún medio de imagen lo que nos ayudará al diagnóstico.

5.- El quiste a pedículo torcido definido como la rotación del ovario y de la trompa de Falopio de a lo largo del pedículo vascular sea parcial o completa. Es

frecuente en la edad reproductiva, asociado a dolor abdominal agudo. Las complicaciones si no se trata a tiempo son de necrosis del tejido ovárico, rotura de quiste pudiendo originar peritonitis, sepsis y adherencias.

6.- La miomatosis uterina con casos frecuentes en ginecología, alrededor del 25% de mujeres en edad fértil lo padecen, 40% a una edad menor de 50 años. La hipermenorrea será uno de los signos característicos más frecuentes. El tratamiento en la miomatosis uterina dependerá de si la paciente cumple o no la paridad satisfecha o si desea preservar su fertilidad. La histerectomía es de las cirugías más comunes de realizar para el caso de miomatosis, en el caso de preservar la fertilidad la cirugía de elección es la miomectomía.

7.- La crisis asmática en la población pediátrica son de los casos más frecuentes, aproximadamente el 20 % requerirá atención en servicio de urgencias pediátricas. El tratamiento de la crisis asmática se basa en la reversión del broncoespasmo con el uso de broncodilatadores de acción corta (SABA) que puede acompañarse de anticolinérgicos como el Bromuro de Ipatropio; si la crisis fuera de moderada a severo; y reducir inflamación con el uso de corticoides.

8.- La diarrea disintérica afecta el colon ocasionando cólico, heces sanguinolentas y moco; suamado fiebre y dolor abdominal ocasionado por la afectación de la mucosa intestinal y su absorción. El uso de antibióticos no esta indicado en niños, dado que la mayoría de diarrea son de origen virico. Sin embargo, en caso de diarreas bacterianas se brinda antibiótico cuando se sospecha de riesgo de infección grave que puede evolucionar a sepsis y haya afectación intestinal.

RECOMENDACIONES

1. Durante el internado, tener en cuenta la asesoría o consejo de los tutores de cada rotación de las respectivas sedes hospitalarias, para que cualquier duda o queja se pueda solucionar de manera grata y poder continuar con la experiencia de manera exitosa.
2. Reforzar las medidas sanitarias como el correcto lavado de manos a los internos y trabajadores de salud, dado que estamos expuestos fluidos corporales, y otros contaminantes.
3. Implementar actividades académicas dinámicas, en las cuales los internos puedan interactuar y compartir conocimientos, mediante discusión de casos, revisiones de revistas, etc.
4. Educar al paciente a acudir a su centro de salud correspondiente cuando se tenga un malestar recién aparición con ciertos síntomas de menor gravedad, de esta manera se atiende y si amerita el caso se otorga referencia a la especialidad correspondiente al centro de referencia según su jurisdicción. Así evitamos complicaciones de los casos que se convierten con el tiempo en emergencia.
5. Fomentar el buen clima laboral, de manera que haya un espacio armonioso y podamos los asistentes, internos de medicina, personal de enfermería, técnicos y otros; trabajar en conjunto por el bienestar de los pacientes.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.- De Leo S, Lee SY, Braverman LE. Hyperthyroidism. Lancet [Internet]. 2016;388(10047):906–18. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00278-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00278-6)
- 2.- Mathew P, Kaur J, Rawla P. Hyperthyroidism. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
- 3.- Lee SY, Pearce EN. Hyperthyroidism: A review. JAMA [Internet]. 2023;330(15):1472–83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2023.19052>
- 4.- Sharma PP. Use of lithium in hyperthyroidism secondary to Graves' disease: A case report. Am J Case Rep [Internet]. 2022;23:e935789. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12659/AJCR.935789>
- 5.- Ashley EA, Niebauer J. Heart failure. London, England: REMEDICA; 2004
- 6.- Causas y factores de riesgo de la insuficiencia cardiaca [Internet]. National Heart, Lung and Blood institute, NIH. [citado el 5 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/insuficiencia-cardiaca/causas-y-factores-de-riesgo>
- 7.- Levy D, Larson MG, Vasan RS, Kannel WB, Ho KK. The progression from hypertension to congestive heart failure. JAMA [Internet]. 1996;275(20):1557–62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1996.03530440037034>
- 8.- Parmley W. Pathophysiology of congestive heart failure. [citado el 5 de enero de 2025]. Disponible en: [https://www.ajconline.org/article/0002-9149\(85\)91199-3/abstract](https://www.ajconline.org/article/0002-9149(85)91199-3/abstract)
- 9.- Insuficiencia renal [Internet]. National Kidney Foundation. [citado el 5 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.kidney.org/es/kidney-topics/insuficiencia-renal>
- 10.- Chávez-Iñiguez JS, Sánchez-Villaseca SJ, García-Macías LA. Síndrome cardiorrenal: clasificación, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Una revisión de las publicaciones médicas. Arch Cardiol Mex [Internet]. 2022;92(2):253–63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/ACM.20000183>
- 11.- Guías de practica clínica de la Sociedad Española de Hipertensión Arterial 2023. Revista española de Cardiología Vol. 53 Núm. 1; 66-90 [citado el 6 de

- enero de 2025]. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-guias-practica-clinica-sociedad-espanola-articulo-X0300893200413176>
- 12.- Sozuer E, Akyuz M, Akbulut S. Open surgery for hepatic hydatid disease. *Int Surg* [Internet]. 2014;99(6):764–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.9738/INTSURG-D-14-00069.1>
- 13.- Sld.cu. [citado el 5 de enero de 2025]. Disponible en: https://revmedtropical.sld.cu/index.php/medtropical/article/view/1059/674&_x_tr
- 14- Tévez L. Hidatidosis: clasificación clínica – imagenologica según Gharbi y la OMS. Sociedad argentina de Radiología. [citado el 5 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3825/382570756005/html/>
- 15.- Sanchez C. Estado actual del diagnostico y tratamiento de la hidatidosis hepatica. *Journal of American Health*. [citado el 5 de enero de 2025]. Disponible en: <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/download/130/258/461>
- 16.- Lotfollahzadeh S, Lopez RA, Deppen JG. En: *StatPearls. Appendicitis En: StatPearls Treasure Island*. 2024;
- 17.- Hospital Alberto sabogal Sologuren. Callao, Peru., Cespedes C, Costa A, Alerta Médica. Lima, Peru., Ibañez AE, Facultad de Medicina, Universidad Ricardo Palma. Lima, Peru., et al. Clinical, epidemiological and surgical characteristics of acute appendicitis in adult patients at hospital in Lima. *Rev Fac Med Humana* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 5];23(2):180–2. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312023000200180
- 18.- Essalud. Guía practica clínica para el manejo de Apendicitis Aguda 2022. [cited 2025 Jan 5]. Available from: https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2022/12/GPC-manejo-de-Apendicitis-aguda_Version-corta.pdf
- 19.- Olivera H. Demora de Apnedicectomía y sus complicaciones en el Hospital Antonio Lorena del Cusco 2020. [citado 5 enero del 2025]. Available from: [https://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/5770/253T20210097_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=En%20Perú%2C%20en%20e l%20año,casos%20\(4%2C5\).](https://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/5770/253T20210097_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=En%20Perú%2C%20en%20e l%20año,casos%20(4%2C5).)
- 20.- Abduljabbar HS, Bukhari YA, Al Hachim EG, Alshour GS, Amer AA, Shaikhon MM, et al. Review of 244 cases of ovarian cysts. *Saudi Med J* [Internet]. 2015;36(7):834–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.15537/smj.2015.7.11690>

- 21.- Mishra VV, Nanda S, Nawal R, Choudhary S. Unusual presentation of twisted ovarian cyst. *J Midlife Health* [Internet]. 2016;7(1):31–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.4103/0976-7800.179174>
- 22.- Manifestaciones Clínicas Miomas. Elsevier.es. [cited 5 enero del 2025]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-mioma-uterino-manifestaciones-clinicas-posibilidades-13036877>
- 23.- Minsa. Guía práctica clínica del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2022. [citado 5 enero 2025]. Available from: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3929808/R.D.%20N°300-HNAL-D-2022.pdf.pdf>
- 24.- Grillo M. Servicio de Ginecología Clínica Pueyrredón, Argentina. Miomatosis Uterina [citado 5 enero 2025]. Available from: sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/147699/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 25.- Paniagua N., Fernández JB. Diagnóstico y tratamiento de la crisis asmática en Urgencias [Internet]. *Aeped.es*. [citado 5 enero 2025]. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/04_crisis_asmatica.pdf
- 26.- Castro-Rodríguez JA. Tratamiento de la crisis asmática en pediatría. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2007 [citado 5 enero 2025];67(4):390–400. Available from: <https://www.analesdepediatria.org/es-tratamiento-crisis-asmatica-pediatria-articulo-13110615>
- 27.- MINSA. Guía práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda infecciosa en paciente pediátrico INSN 2022.
- 28.- Porro JMB, López RV, Murillo MR. Diarrea aguda [Internet]. *Aeped.es*. [citado 5 enero 2025]. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/09_diarrea_aguda.pdf