

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA DURANTE EL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL REGIONAL “HERMILIO VALDIZAN MEDRANO”,
HUÁNUCO 2024

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

FRANCO ADRIEEL ALVARADO ZAVALA

ASESOR

EDWIN JULIO FIGUEREDO DOMINGO

LIMA – PERÚ

2025



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DURANTE EL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL REGIONAL “HERMILIO VALDIZAN MEDRANO”,
HUÁNUCO 2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

FRANCO ADRIEEL ALVARADO ZAVALETA

ASESOR

M. E. EDWIN JULIO FIGUEREDO DOMINGO

LIMA, PERÚ

2025

JURADO EVALUADOR:

Presidente:

Dra. ROSSANA PAJUELO BUSTAMANTE

Miembros:

Dr. VICTOR EMILIO CUBAS VASQUEZ

Dra. ALEJANDRA PARHUANA BANDO

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a mis padres, por su amor incondicional, su apoyo constante y su sacrificio silencioso.

A mi familia, por su compañía, comprensión y aliento en los momentos difíciles.

A mis maestros, quienes con su conocimiento, paciencia y dedicación me guiaron en este arduo proceso de aprendizaje. Gracias por compartir su sabiduría y exigirme siempre dar lo mejor de mí.

A mis compañeros de internado, con quienes compartí largas jornadas, desvelos, aprendizajes y anécdotas que marcarán para siempre esta etapa de mi vida. Su apoyo y camaradería hicieron de esta experiencia un viaje inolvidable.

ÍNDICE

	Pág.
JURADO.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
ÍNDICE.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	ix
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL.....	1
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA.....	33
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL.....	35
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA.....	48
CAPÍTULO V CONCLUSIONES.....	50
CAPÍTULO VI RECOMENDACIONES.....	52
FUENTES BIBLIOGRÁFICAS.....	54

RESUMEN

Objetivo: Exponer de forma clara y detallada el aprendizaje obtenido a través de las experiencias clínicas y quirúrgicas, así como el desarrollo de aptitudes teóricas y prácticas durante el periodo de internado médico.

Metodología: Se aplicó la revisión sistemática por medio del uso de las historias clínicas obtenidas de las especialidades de: pediatría, medicina general, cirugía y ginecología.

Resultados: Se seleccionaron y presentaron casos clínicos de las patologías examinadas por cada especialidad.

Conclusiones: La experiencia en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano durante el internado médico ha sido fundamental para el desarrollo profesional. La diversidad de casos clínicos, la exposición a distintas especialidades y la oportunidad de participar activamente en el manejo de pacientes complejos han consolidado mis habilidades clínicas. Los desafíos encontrados han enriquecido mi capacidad de razonamiento terapéutico, preparándome para afrontar con mayor solidez los retos de la práctica médica.

Palabras clave: Internado médico, pediatría, medicina general, cirugía y ginecología, casos clínicos, primer nivel de atención

ABSTRACT

Objective: To clearly and thoroughly present the knowledge acquired through clinical and surgical experiences, as well as the development of theoretical and practical skills during the medical internship period.

Methodology: A systematic review was conducted using medical records obtained from the specialties of: pediatrics, general medicine, surgery, and gynecology.

Results: Clinical cases of the pathologies examined by each specialty were selected and presented.


Conclusions: The experience at the Regional Hospital "Hermilio Valdizan Medrano" during the medical internship has been fundamental for professional development. The diversity of clinical cases, exposure to different specialties, and the opportunity to actively participate in the management of complex patients have consolidated my clinical skills. The encountered challenges have enriched my therapeutic reasoning ability, preparing me to face the challenges of medical practice with greater confidence.


Keywords: Medical internship, pediatrics, general medicine, surgery, gynecology, clinical cases, primary health care

FRANCO ADRIEEL ALVARADO ZAVALA

EXPERIENCIA DURANTE EL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL REGIONAL "HERMILIO VALDIZAN MEDRANO", HU...

 My Files

 My Files

 Universidad de San Martín de Porres

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trncid::29427:435791392

66 Páginas

Fecha de entrega
3 mar 2025, 9:05 a.m. GMT-5

13,995 Palabras

Fecha de descarga
3 mar 2025, 9:09 a.m. GMT-5

89,489 Caracteres

Nombre de archivo
TSP ADIL ALVARADO 1-3-2025.docx

Tamaño de archivo
344.6 KB

ORCID ID: 0009-0006-8374-7231



Página 1 of 72 - Portada

Identificador de la entrega trncid::29427:435791392




8% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes y parámetros, para el...

Filtrado desde el informe

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

Fuentes principales

- IN  Fuentes de Internet
- YN  Publicaciones
- ON  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 coincidencias que parecen distinguirse 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 revise atentamente y la revise.

Orcid ID: 0009-0006-8374-7231



INTRODUCCIÓN

El internado médico representa un paso crucial en la formación de los futuros médicos en el Perú. Para ustedes, internos, este período se convierte en el puente entre la teoría académica y la práctica clínica real. Es en este contexto donde ustedes tienen la oportunidad de consolidar los conocimientos adquiridos, desarrollando habilidades técnicas y competencias esenciales como la empatía, la comunicación efectiva y la toma de decisiones en situaciones reales.

El Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano", como centro de referencia regional, ofrece un escenario diverso para el desarrollo del internado. Durante el 2025, ustedes, como internos de medicina, rotaron por diversas especialidades, enfrentándose a una variedad de casos clínicos que pusieron a prueba sus conocimientos y destrezas. La interacción con pacientes de diferentes condiciones y la participación en procedimientos diagnósticos y terapéuticos les brindaron una experiencia invaluable para su formación.

Esta investigación se centra en el análisis de la experiencia de ustedes, los internos de medicina, en el Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano" durante el 2025. A través de la recopilación y análisis de datos, se busca identificar los aspectos clave que definieron su formación en este contexto específico, así como los retos que ustedes enfrentaron. Se explorarán las experiencias en las diferentes especialidades médicas y el impacto del internado en su desarrollo profesional.

En definitiva, esta investigación busca comprender a profundidad la vivencia del internado médico de ustedes en el Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano" en Huánuco durante el 2025. Los hallazgos de este estudio contribuirán a la optimización de los programas de formación médica para preparar a futuros médicos, incluyendo a quienes ustedes se unirán, para brindar una atención de salud de calidad y calidez.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

Se muestran dos casos clínicos por cada rotación hecha en el tiempo del internado médico en el Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano" por medio de la revisión de las historias clínicas.

Rotación de Pediatría

Caso clínico N° 1

Anamnesis:

Paciente femenina de 05 años, con antecedente de contacto con TBC, es traída por su madre por presentar fiebre y equimosis en abdomen y miembros inferiores de 2 días de evolución. La madre refiere que inició con un punto rojo en la boca, seguido de equimosis en el cuerpo. No refiere otros síntomas asociados.

Tiempo de enfermedad: 2 días

Forma de Inicio: Insidioso

Curso: Progresivo

Síntomas principales:

- Fiebre
- Equimosis en abdomen
- Equimosis en miembros inferiores

Antecedentes:

- Patológicos: Contacto con TBC (tratada hace un mes).
- Medicación de uso frecuente: Menciona de forma negativa
- Familiares: Un miembro de la familia tuvo TBC previamente y la paciente estuvo en contacto con esa persona.
- Quirúrgicos: Menciona de forma negativa

Examen Físico:

- Funciones vitales (FV): Temperatura 36.3°C, frecuencia respiratoria 26 x', frecuencia cardíaca 86 lpm, saturación de oxígeno (SatO₂) 95%.
- Aspecto general: Paciente despierta, reactiva y comunicándose al momento, se describe a la paciente como tranquila e hidratada.
- Piel, Anexos, TCSC (tejido celular subcutáneo): Presencia de equimosis en abdomen y miembros inferiores.
- Tejido Celular Subcutáneo (TCSC): Normal.
- Linfático: Sin adenopatías.
- Cabeza: Cabeza de tamaño y forma normal. Fosas nasales despejadas y sin mucosidad. Garganta sin enrojecimiento ni inflamación.
- Cuello: Cuello simétrico, tráquea en la línea media y movable. No se palpan masas ni ganglios inflamados.
- Mamas: De acuerdo a la edad.
- Tórax y Pulmones: Pecho simétrico con expansión normal al respirar. Sonido claro a la percusión en ambos pulmones. Respiración normal audible en ambos pulmones, sin sonidos anormales.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos y regulares, sin soplos.
- Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación, no se palpan masas ni organomegalias y se menciona equimosis en abdomen.
- Genitourinario: Sin dolor a la percusión en la zona lumbar (signo negativo de puño percusión). Sin dolor a la palpación en los puntos renoureterales.
- Tacto Rectal: No aplica (paciente pediátrica)
- Aparato Locomotor: No presenta dolor.
- Sistema nervioso: Paciente despierta, alerta y orientada en persona, tiempo y lugar. Escala de Glasgow normal (15/15). Pupilas normales en tamaño, posición y reactivas a la luz y la acomodación. Función de los nervios craneales normal. Fuerza y tono muscular normales. Reflejos normales. Sin signos de irritación meníngea ni de daño neurológico focal.

Exámenes auxiliares:

Ecografía abdominal

- Asas intestinales delgadas dilatadas con paredes engrosadas y edematosas.
- Líquido libre en moderada cantidad en la cavidad pélvica (95 cc).
- Signo de remolino en la fosa ilíaca derecha, sugestivo de intususcepción o proceso inflamatorio.
- Hígado, vías biliares y bazo normales.

Hemograma completo

- Leucocitos: 10.27 (Normal)
- Neutrófilos: 8.32 (81%)
- Hemoglobina: 12.3 (Normal).
- Plaquetas: 414 (Elevado).
- Interpretación: Leucocitos normales, neutrofilia y trombocitosis.
- Tiempos de coagulación: Prolongados.

Frotis de sangre periférica

- Desviación a la izquierda: Presencia de neutrofilos inmaduros.

Bioquímica Sanguínea

- Glucosa: 129 mg/dL (Elevada).
- Urea y Creatinina: Normales.
- Bilirrubinas: Normales.
- Transaminasas (TGO, TGP): Normales.
- Proteína C Reactiva (PCR): 68.51 mg/L (muy elevada).

LDH

- Ligeramente elevado.

Examen de Orina

- Normal.

Pruebas de Inmunoserología

- Hepatitis B y C: Negativas.
- Aglutinaciones: Ininterpretables sin saber a qué antígenos corresponden.

Impresión diagnóstica:

- Púrpura Trombocitopénica Idiopática (PTI)
- Descartar otras causas de trombocitopenia

Plan de trabajo:

- Elevar el recuento de plaquetas para reducir el riesgo de sangrado.
- Signos vitales (T°, FC, FR, SatO2) de forma horaria o según necesidad.
- Recuento de plaquetas diario o según evolución.
- Observación de sangrado (equimosis, petequias, sangrado de mucosas).
- Balance hídrico.
- Paracetamol 10-15 mg/kg/dosis vía oral (VO) PRN para T° > 38°C. *Dosis ajustada al peso del paciente.*
- Dieta blanda, según tolerancia.
- Líquidos orales abundantes.
- Frotis de sangre periférica.
- Aspirado de médula ósea (si es necesario).
- Instruir sobre signos de alarma (sangrado, fiebre persistente, decaimiento).

Evolución:

Paciente pediátrica de 5 años, ingresa con fiebre, equimosis en abdomen y miembros inferiores, y antecedente de contacto con TBC. Se plantea síndrome purpúrico no trombocitopénico, descartando púrpura de Henoch-Schönlein, TBC y leucemia. Inicialmente, sin dolor abdominal. Exámenes muestran leucocitos normales con neutrofilia, plaquetas elevadas, anemia corregida, PCR muy elevada, y orina normal. Ecografía abdominal inicial sugiere intususcepción o proceso inflamatorio, con líquido libre; se solicita TC abdominal. Evoluciona con leve dolor abdominal a la palpación en algunas evaluaciones, mientras que, en otras sin dolor, heces y orina, sin dificultad respiratoria, agregándose vómitos. Cirugía Pediátrica descarta necesidad de intervención quirúrgica basándose en la TC. Por último, la paciente es dada de alta con indicación de continuar con antibióticos, y control por consultorio, aún sin un diagnóstico etiológico definitivo del síndrome purpúrico, pero con mejoría clínica.

Caso clínico N° 2

Anamnesis:

Paciente masculino de 1 años, natural y procedente de Huánuco, con antecedente de vacunación incompleta, es llevada al servicio de emergencia por presentar un día de enfermedad caracterizado por fiebre, tos y disnea. La madre refiere que la niña inició con alza térmica no cuantificada, tos y dificultad para respirar, lo que se interpretó como un proceso respiratorio. Además, refiere que la menor ha presentado deposiciones líquidas en dos oportunidades, sin moco ni sangre. No refiere otros síntomas asociados.

Tiempo de enfermedad: 1 día

Forma de Inicio: Insidioso

Curso: Progresivo

Síntomas principales:

- Diarrea
- Tos
- Disnea

Antecedentes:

- Patológicos: Niega patología de importancia. Niega reacción adversa a medicamentos (RAMS).
- Medicación de uso frecuente: Niega.
- Familiares: Ninguna.
- Quirúrgicos: Niega intervenciones quirúrgicas

Examen Físico:

- Funciones vitales (FV): Temperatura 36.3°C, SpO2: 92% (baja), FR: 50 (alta)

- Aspecto general: Hidratado y nutrido, en decúbito dorsal, ventilando con CBIN II.
- Piel, Anexos, TCSC (tejido celular subcutáneo): Tejido subcutáneo normal, sin palidez ni cianosis.
- Tejido Celular Subcutáneo (TCSC): Normal.
- Linfático: Sin adenopatías en el cuello.
- Cabeza: Normocéfalo (tamaño y forma normales), fontanelas anterior y posterior cerradas.
- Cuello: Sin masas en el cuello.
- Mamas: De acuerdo a la edad.
- Tórax y Pulmones: Tórax elástico, sin tirajes, ruidos respiratorios normales.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos y regulares, sin soplos. Pulsos periféricos presentes, no hay precordio hiperactivo ni frémitos y choque de punta ausente.
- Abdomen: No distendido, no doloroso a la palpación, sin hepatomegalia ni esplenomegalia.
- Genitourinario: Masculino, testículos no descendidos (criptorquidia), sin fimosis ni para fimosis.
- Tacto Rectal: No aplica (paciente pediátrica)
- Aparato Locomotor: Extremidades simétricas, con movilidad, tono muscular, sensibilidad y curvaturas normales, sin pie ni metatarso varo.
- Sistema nervioso: Escala de Coma de Glasgow (GCS) de 15/15 (alerta), sin ataxia, consciente, sistemas motores y sensoriales normales, sin reflejos primitivos.

Exámenes auxiliares:

- Laboratorio:

Se realizó un análisis de sangre completo del cual resultó:

Leucocitos (WBC) 17.51 Elevado

Neutrófilos 12.02 Elevado

Linfocitos 5.03 Elevado

Monocitos 0.45 Elevado

Eosinófilos 0.00 Bajo

Basófilos	<0.01	Bajo
Granulocitos Inmaduros (IG)	0.03	Dentro del rango normal
Neutrófilos %	68.7	Elevado
Linfocitos %	28.7	Dentro del rango normal
Monocitos %	2.6	Bajo
Eosinófilos %	0.0	Bajo
Basófilos %	0.0	Bajo
IG %	0.1	Dentro del rango normal
Eritrocitos (RBC)	5.04	Dentro del rango normal
Hemoglobina (Hb)	11.3	Dentro del rango normal
Hematocrito (Hct)	34.8	Bajo (Posible anemia)
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	68.9	Bajo
Hemoglobina Corpuscular Media (HCM)	22.4	Bajo
Plaquetas (PLT)	407	Elevado
Volumen Plaquetario Medio (MPV)	8.9	Dentro del rango normal
Ancho de Distribución de Plaquetas (PDW)	15.2	Dentro del rango normal
Plaquetócrito (PCT)	0.361	Elevado
Recuento de Plaquetas Grandes (P-LCC)	72	Dentro del rango normal
Relación de Plaquetas Grandes (P-LCR)	17.8	Dentro del rango normal
Eritroblastos (NRBC)#	0.000	Dentro del rango normal
Eritroblastos (NRBC)%	0.00	Dentro del rango normal

Impresión diagnóstica:

- Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC)
- Posible Infección del Tracto Respiratorio Inferior (ITRI)
- Descartar otras causas de dificultad respiratoria

Plan de trabajo:

- Suspender Ampicilina
- Ceftriaxona: Para 17.3 kg, una dosis de 432.5 mg (a 25 mg/kg) y 865 mg (a 50 mg/kg) cada 24 horas.

- Dexametasona: La dosis de dexametasona varía según la indicación. En un contexto de infección grave, se usó dosis de 0.15-0.6 mg/kg/día. De mantenimiento una dosis de 1.3 mg (0.075 mg/kg) y 5.2 mg (0.3 mg/kg) por día. Se debería dividir en 2 o 3 dosis.
- Dieta blanda + LAV
- CFV
- Oxígeno por CBN si SatO₂ < 92%
- Incentivar la tos
- Salbutamol: Una dosis de 2.5 mg (0.5 ml de solución al 0.5%) por nebulización, cada 4-6 horas, según necesidad.
- Paracetamol 270 mg VO cada 6 horas si T° > 38.5°C o malestar
- Nebulización con solución fisiológica 4cc cada 4 horas

Posteriormente:

- Nebulización con 4cc cada 6 horas + SS
- Ceftriaxona 425 mg EV cada 12 horas
- Paracetamol 120 mg/5ml -> 6.5 ml VO cada 6 horas PRN si T° > 38.5°C o malestar
- Oxígeno por CBN si SatO₂ < 92%.
- CFV, registro de ingresos y salidas (OIA) y peso diario

Finalmente:

- Dieta normal
- Azitromicina 200/5 ml -> 2.6 ml VO cada 24 horas
- Alta.

Evolución:

Paciente varón de 1 año, ingresa con diagnóstico de neumonía. Inicialmente presentó fiebre, tos y dificultad respiratoria, requiriendo oxígeno suplementario. Durante su hospitalización, la fiebre cedió, la tos disminuyó y los signos vitales se estabilizaron. El examen físico evidenció mejoría progresiva de los hallazgos pulmonares, con resolución de los crépitos y disminución de los roncales. No presentó complicaciones gastrointestinales ni alteraciones en otros sistemas. La saturación de oxígeno mejoró, permitiendo el retiro del soporte respiratorio. Los exámenes de laboratorio mostraron leucocitosis inicial con predominio de neutrófilos, que posteriormente disminuyeron. El paciente evolucionó

favorablemente, con mejoría clínica y de laboratorio, siendo dado de alta con indicación de continuar tratamiento antibiótico ambulatorio.

Rotación en Medicina

Caso clínico N° 1

Anamnesis: Paciente femenina de 77 años, natural de Huánuco, acude al servicio de emergencia por un cuadro de 6 horas de evolución aproximado, caracterizado por dolor abdominal tipo cólico en el hipocondrio derecho, que se irradia a la espalda. Además, refiere presentar vómitos en 5 oportunidades y deposiciones líquidas. La paciente niega haber tenido fiebre. Como antecedentes, refiere ser hipertensa y diabética, en tratamiento farmacológico no especificado.

Tiempo de enfermedad: 6 horas

Forma de Inicio: Súbito. El dolor abdominal comenzó repentinamente después de una evacuación.

Curso: Agudo y con fluctuaciones

Síntomas principales:

- Dolor abdominal
- Fiebre
- Malestar general.
- Episodio de desvanecimiento
- Signos de vómito

Antecedentes:

- Patológicos: Niega patología de importancia. Solo confirma Sarampión, menciona HTA si, tuvo TBC, pero no le llevo a una hospitalización previa.
- Medicación de uso frecuente: No se especifica.
- Familiares: No especifica enfermedades ni patologías.

- Quirúrgicos: No especifica, traumatismos TEC en el 2004 y fractura de brazo en 2010.

Examen Físico:

- Funciones vitales (FV): Temperatura 36.2°C, frecuencia respiratoria: 24 rpm, frecuencia cardíaca 68 lpm, presión arterial 130/80 mmHg, saturación de oxígeno 94%, peso 65kg, talla 1.62 y IMC 24.77.
- Aspecto general: Regular Estado de hidratación y nutricional. Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona. Decúbito dorsal.
- Piel, Anexos, TCSC (tejido celular subcutáneo): Normal. Se asume sin edemas ni enfisema.
- Linfático: No se palpan adenopatías.
- Cabeza: Pupilas isocóricas y fotorreactivas, fosas nasales permeables, sin aleteo nasal, conductos auditivos externos (CAE) permeables, sobre la boca no se describen alteraciones y de la dentición se describe la presencia de 13 piezas dentales, sin mayores especificaciones.
- Cuello: No se describen alteraciones.
- Mamas: sin alteración.
- Tórax y Pulmones: Simétrico, cilíndrico. De lo respiratorio murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados. Taquipnea (24 rpm) y saturación de oxígeno ligeramente disminuida (94%).
- Cardiovascular: Sin signos de insuficiencia cardíaca. No soplos.
- Abdomen: Globuloso, blando, depresible, *no doloroso* a la palpación superficial ni profunda, ruidos hidroaéreos (RHA) presentes, no se palpa visceromegalias.
- Genitourinario: No se describen alteraciones.
- Tacto Rectal: No aplica (paciente pediátrica)
- Aparato Locomotor: Extremidades simétricas móviles, debilidad en miembros inferiores 3/5, sensibilidad disminuida en MMII, tonicidad conservada y columna sin alteraciones.
- Sistema nervioso: Glasgow: 15/15 (alerta, orientada). LOTEP, pares craneales: conservados, sistema motor: debilidad en MMII (3/5), sistema

sensitivo: disminuido en MMII y reflejos osteotendinosos (ROT):
conservados.

Exámenes auxiliares:

- Laboratorio:

Glucosa: 106 mg/dL

Albúmina: 3.16 g/dL

Leucocitos (WBC): $7.17 \times 10^3/\mu\text{L}$

Neutrófilos: $5.84 \times 10^3/\mu\text{L}$ (81.3%)

Hemoglobina (HGB): 13.5 g/dL

Plaquetas (PLT): $258 \times 10^3/\mu\text{L}$

Creatinina: 0.79 mg/dL

UREA: 27 y 35

Impresión diagnóstica:

- Síndrome doloroso abdominal en estudio, probablemente secundario a gastroenteritis aguda.
- Debilidad en miembros inferiores de etiología a determinar.
- Hipertensión arterial (HTA) en tratamiento.

Plan de trabajo:

I. Manejo inicial:

- Hospitalización: La paciente requiere hospitalización para manejo del dolor abdominal, evaluación de la debilidad en miembros inferiores, y monitorización.
- Dieta: Dieta blanda hiposódica e hipoglúcida, inicialmente con un volumen total de 1000cc dividido en 4 tomas. Ajustar según tolerancia y evolución.
- Hidratación: Continuar hidratación intravenosa, inicialmente, se cambia la solución a Piperacilina / Tazobactam 4.5gr cada 6 horas. Ajustar según balance hídrico y electrolitos (cuando estén disponibles).
- Control de signos vitales (CFV): Monitorización continua de frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura y saturación de oxígeno (oximetría de pulso - OSA).

- Balance hídrico estricto
- Oxígeno suplementario: Administrar oxígeno si la saturación de oxígeno es menor a 90%.

II. Tratamiento farmacológico:

Antibióticos:

- Inicialmente: Ceftriaxona 2g IV cada 24 horas + Clindamicina 600mg IV cada 8 horas. Este esquema de amplio espectro sugiere una sospecha de infección, a pesar de un hemograma sin leucocitosis marcada.
- Luego se cambia a: Piperacilina / Tazobactam 4.5 gr VEV C/6H

Antiagregante plaquetario: Ácido Acetilsalicílico (AAS) 100mg por SNG cada 24 horas.

Protección gástrica: Ranitidina 50mg IV.

Anticoagulación (profiláctica): Enoxaparina 40-60mg subcutánea cada 24 horas.

Control de la presión arterial: Bisoprolol 5mg (media tableta) por SNG cada 24 horas.

Control de la dislipidemia: Atorvastatina 40mg por SNG cada 24 horas.

Control de la Glicemia:

- Insulina cristalina según escala móvil.
- HGT (hemoglucoest) cada 8 horas.

Manejo del estreñimiento: Lactulosa por SNG cada 12 horas.

Tratamiento inhalatorio:

- Bromuro de ipratropio: 4 puff cada 12 horas
- N-acetilcisteína: 300 mg IV.

Evolución:

Paciente femenina de 77 años, con antecedentes de HTA, probable DM, EPID y posible ACV isquémico-hemorrágico izquierdo previo, inicialmente hospitalizada por dolor abdominal sugestivo de gastroenteritis. Durante su evolución, se constata la aparición de rales productiva y crepitantes en la auscultación pulmonar, consolidando la sospecha de neumonía, por lo que se continúa tratamiento antibiótico de amplio espectro. Se describe ruidos cardiacos arrítmicos. Se interroga sobre un ACV previo como posible causa de la debilidad en miembros

inferiores. Se suspende la furosemida, sugiriendo ausencia de sobrecarga de volumen. Se solicita interconsulta con Medicina Física. Se menciona un diagnóstico de IRA Tipo I NAC, que es contradictorio con la creatinina previamente normal y requiere urgente aclaración. La paciente se mantiene estable, con abdomen blando, y se indica control con neurología.

Caso clínico N° 2

Anamnesis: Paciente masculino de 45 años acude a consulta por edema en miembros inferiores (MMII). Refiere que el cuadro clínico inició hace 3 días, de forma progresiva, sin un factor desencadenante claro. Como antecedentes de importancia, menciona haber presentado peritonitis en el 2023 y síndrome nefrótico en el 2023.

Tiempo de enfermedad: 3 días.

Forma de Inicio: Progresivo.

Curso: Edema ha ido en aumento, dado que es el motivo de consulta.

Síntomas principales:

- Edema en miembros inferiores.

Antecedentes:

- Patológicos: No Refiere.
- Medicación de uso frecuente: No se menciona ninguna medicación de uso frecuente.
- Familiares: No especifica enfermedades ni patologías.
- Quirúrgicos: No especifica.

Examen Físico:

- Funciones vitales (FV): No se registraron los datos esenciales.

- Aspecto general: Regular Estado de hidratación y nutricional es regular estado. Conciencia es lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona (LOTEP)
- Piel, Anexos, TCSC (tejido celular subcutáneo): Sin alteraciones evidentes a la inspección, y sobre TCSC sin alternaciones evidentes.
- Linfático: Ganglios linfáticos no palpables.
- Cabeza: Cráneo: Normocéfalo. Ojos: Pupilas isocóricas y fotorreactivas. Nariz: Permeable, sin aleteo nasal. Oídos, Boca, Orofaringe: Sin lesiones evidentes. Dientes: Sin pieza dentaria.
- Cuello: Sin alteraciones descritas a la inspección.
- Mamas: Sin patología aparente.
- Tórax y Pulmones: Inspección de forma cilíndrica. No se describe simetría ni tirajes con claridad. No se menciona nada sobre palpación, percusión ni auscultación.
- Cardiovascular: No se menciona nada sobre ruidos cardíacos, soplos, pulso, etc.
- Abdomen: Globuloso, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, ruidos hidroaéreos (RHA) presentes, no se palpa visceromegalias.
- Genitourinario: No hay datos.
- Tacto Rectal: No hay datos.
- Aparato Locomotor: Se encuentra en sistema nervioso, donde se reporta que está conservado.
- Sistema nervioso: Glasgow: 15/15. Orientación: LOTEP. Motor, Sensitivo, ROT: Conservados. Reflejos Primitivos: Ausentes. Pares Craneales: Conservados.

Exámenes auxiliares:

Interconsulta de Nefrología:

- Motivo: Reevaluación para alta hospitalaria post-biopsia renal.
- Diagnóstico: Síndrome nefrótico.
- Examen físico: REG, LOTEP. Diuresis y orina sin cambios, Hemoglobina sin cambio.

- Exámenes: Ecografía renal post-biopsia: sin alteraciones. Ex. Orina patológico.
- Plan: Alta con antibiótico oral para ITU (Infección del Tracto Urinario) y control por consultorio externo.

Laboratorio:

Hemograma:

- Anemia normocítica normocrómica (Hb 13.25 g/dL, Hto 38.9%, VCM, HCM normales). Compatible con enfermedad crónica (enfermedad renal).
- Leucocitos totales: Normales (descarta leucocitosis sistémica, la infección parece localizada en el tracto urinario).
- Plaquetas: Normales.
- Ligera Eosinofilia.

Bioquímica Sanguínea:

- Hipoalbuminemia severa (2.16 g/dL)
- Proteínas totales bajas (5.16 g/dL):
- Creatinina ligeramente elevada (1.12 mg/dL)
- Glucosa en ayunas: Normal (94 mg/dL).
- HbA1c: 6% (ligeramente elevada, rango de prediabetes/diabetes).
- Hipercolesterolemia marcada (Colesterol total 335 mg/dL, LDL 202 mg/dL)
- Triglicéridos ligeramente elevados (180 mg/dL).
- GGT ligeramente elevada: Inespecífico, requiere seguimiento. TGO, TGP y Fosfatasa Alcalina normales.

Examen de Orina:

- Proteinuria: Positiva
- Hematuria: Positiva (15-17 hematíes/campo).
- Piuria marcada (>100 leucocitos/campo)

Impresión diagnóstica:

- Síndrome nefrótico secundario a glomerulonefritis.

- Infección del tracto urinario (ITU)
- Anemia normocítica normocrómica
- Dislipidemia
- Probable deterioro leve de la función renal
- Control Glucémico Subóptimo

Plan de trabajo:

- El plan de trabajo inicial se enfocó en el manejo de la infección del tracto urinario (ITU) concomitante, con una doble cobertura antibiótica que incluyó Ceftriaxona intravenosa, Trimetoprim/sulfametoxazol, y Metronidazol, además se administrará Paracetamol condicional al dolor.
- Se indicó una dieta hiposódica e hipoproteica, con suplemento de albumina. Se añadió Losartán para nefroprotección y control de la presión arterial, con Captopril sublingual de rescate si la presión arterial superaba los límites establecidos, además de controles de glucemia capilar.
- En una revisión posterior del tratamiento, este se simplificó, retirando Losartán, Captopril, Metronidazol, y se mantuvo la Ceftriaxona y el Trimetoprim como antibióticos, control de funciones vitales, con dieta y control de la PA.
- Es crucial destacar que el tratamiento definitivo del síndrome nefrótico está pendiente del resultado de la biopsia renal, que guiará la terapia específica.

Evolución:

El paciente ingresó por emergencia presentando edema en miembros inferiores y orina espumosa, signos compatibles con síndrome nefrótico. Se confirmó la sospecha diagnóstica con hipoalbuminemia severa, proteinuria, e hiperlipidemia. Se planteó la posibilidad de un componente nefrótico debido a la hematuria. Se realizó una biopsia renal para determinar la etiología, sin complicaciones inmediatas, con una ecografía de control normal. Se encontró una infección del tracto urinario concomitante, tratada con antibióticos, y se detectó hiperglucemia que requirió corrección. Durante su hospitalización, se manejó el dolor, se inició Losartán para la proteinuria, que se discontinuó y se volvió a indicar, y se brindó

profilaxis para úlcera por estrés, además se corrigió con captopril si la PA se encontraba elevada. La evolución post-biopsia fue favorable, permitiendo el alta a las 24 horas, con indicaciones de reposo relativo y deambulaci3n gradual, a la espera del resultado de la biopsia renal para el tratamiento definitivo del s3ndrome nefr3tico.

Rotaci3n en Cirug3a

Caso cl3nico N° 1

Anamnesis: Paciente masculino de 14 a3os, estudiante, natural y procedente de Chaglla, ingresa al servicio de emergencia refiriendo dolor abdominal de aproximadamente un d3a de evoluci3n. El dolor inici3 de forma insidiosa en la regi3n periumbilical, sin irradiaci3n inicial, para luego localizarse en la fosa il3aca derecha. El cuadro se acompa3a de v3mitos, diarrea, cefalea y fiebre. Refiere que es la primera vez que presenta un cuadro similar.

Tiempo de enfermedad: 1 d3a.

Forma de Inicio: Insidioso.

Curso: Progresivo.

S3ntomas principales:

- Dolor abdominal (inicialmente periumbilical, luego localizado en fosa il3aca derecha).
- V3mitos.
- Diarrea.
- Cefalea.
- Fiebre

Antecedentes:

- Patológicos: No refiere en etapa de infancia. Solo menciona hepatitis, a los 7 años.
- Medicación de uso frecuente: No se menciona.
- Familiares: No aplica.
- Quirúrgicos: Orquiectomía a los 10 años.

Examen Físico:

- Funciones vitales (FV): Temperatura 36.5 °C. Frecuencia Respiratoria (FR): 22 rpm. Frecuencia Cardíaca (FC): 88 lpm. Presión Arterial (P/A): 100/60 mmHg. Saturación de Oxígeno (SATO₂): 95%.
- Aspecto general: Regular Estado de hidratación y nutricional. Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona. Decúbito dorsal.
- Piel, Anexos, TCSC (tejido celular subcutáneo): Normal. TCSC normal.
- Linfático: Normal.
- Cabeza: Cráneo: Normocéfalo, ojos conservados, Nariz: Permeable. Oídos: Conservado. Boca: Permeable. Dientes: Conservado. Orofaringe: Permeable.
- Cuello: Normal.
- Mamas: Sin alteración.
- Tórax y Pulmones: Normal. Simétrico. Forma: normal. Tirajes: Ausentes. Glándulas mamarias: Sin alteración.
- Cardiovascular: Se niega deformación torácica, sudoración a esfuerzos, dedos hipocráticos, palidez y cianosis.
- Abdomen: Abdomen normal. Blando a la palpación supf/prof, no se palpa visceromegalia. Ruidos hidroaéreos presentes.
- Genitourinario: Puntos Blandos Vesicales negativos.
- Tacto Rectal: Es permeable y no hay fisuras
- Aparato Locomotor: Indica que las extremidades son simétricas, con tono, curvaturas, movilidad y sensibilidad conservadas. Se niega pie plano y metatarso varo.
- Sistema nervioso: Glasgow: 15/15 (normal). LOTEF, pares craneales: conservados, sistema sensitivo: Conservado. Sistema motor: Conservado. Reflejos primitivos: Ausente. Nivel de conciencia: Despierto.

Exámenes auxiliares:

- Electrolitos: Sodio, potasio, calcio y cloro normales. Nota sobre hemoglobina baja
- Pruebas de Hepatitis B y C: Negativas.
- Examen de Orina: Proteinuria, bacterias escasas y leucocitos ligeramente elevados (5-7/campo), sugestivo de infección del tracto urinario (ITU), o bien, una respuesta inflamatoria por la apendicitis.
- Biometría Hemática (Hemograma): Leucocitosis (14.38) con neutrofilia (87.6%) y desviación a la izquierda (4% de bastonados), indicativo de infección bacteriana. Hemoglobina normal (15.4), descartando la anemia que se sospechaba inicialmente. Plaquetas normales.
- Química Sanguínea: Glucosa ligeramente elevada (115), urea y creatinina normales (función renal normal), TGO y TGP normales (función hepática normal).

Informe Operatorio:

- Diagnóstico Preoperatorio: Apendicitis aguda (sospecha clínica).
- Diagnóstico Postoperatorio: Apendicitis aguda perforada con peritonitis localizada.
- Hallazgos: Apéndice cecal inflamado, con necrosis en la base, perforado, y líquido purulento (pus) en la fosa ilíaca derecha y el fondo de saco recto vesical (peritonitis localizada).
- Procedimiento: Apendicectomía laparoscópica con colocación de drenaje.

Impresión diagnóstica:

- Apendicitis aguda perforada con peritonitis localizada.
- Infección del tracto urinario (ITU)
- Leucocitosis con neutrofilia y desviación a la izquierda
- Hiperglucemia leve.

Plan de trabajo:

- Ayuno: NPO (nada por vía oral) inicialmente. NPO por 3 días (según indicación inicial, aunque modificado en días posteriores). Inicio de tolerancia oral con líquidos amplios. Progresión a dieta blanda.

- Hidratación Intravenosa: Administración de Dextrosa 5% en 1000cc. Adición de electrolitos a la solución (Cloruro de Sodio y Cloruro de Potasio) en diferentes concentraciones, en ampollas.
- Antibióticos: Administración inicial de Ciprofloxacino EV. Cambio a Ceftriaxona EV c/24h. Administración de Metronidazol EV c/8h.
- Analgesia: Administración inicial de Ketorolaco EV a dosis incorrecta y tóxica. Administración de Metamizol EV (dosis variables).
- Antieméticos: Administración de Metoclopramida EV c/8h. Suspensión de Metoclopramida. Administración de Dimenhidrinato EV c/8h
- Protección Gástrica: Administración de Ranitidina EV.
- Control: Control de funciones vitales (CFV). Balance hídrico estricto (BHE).

Evolución:

Paciente masculino de 14 años, en postoperatorio de apendicectomía laparoscópica por apendicitis aguda perforada, presenta una evolución favorable. Inicialmente (PO1), con dolor abdominal y presión arterial elevada, drenaje serohemático de 15cc. En PO2, mejora clínicamente, sin náuseas ni dolor, con ruidos hidroaéreos presentes, pero con drenaje aumentado a 50cc. En PO3, persiste la mejoría, sin dolor, con deposiciones y gases, manteniendo drenaje de 50cc. En PO4, continúa sin dolor, con función intestinal normal y drenaje disminuido a 15cc. En PO5, se indica dieta blanda. En PO6, presenta un episodio aislado de náuseas y vómito, tolerando líquidos, con drenaje seroso claro de 20cc, por lo que se decide el retiro del drenaje y el alta médica. Durante toda la evolución se mantuvo afebril, hemodinámicamente estable, y sin necesidad de soporte de oxígeno a partir del PO3.

Caso clínico N° 2

Anamnesis: Paciente masculino de 70 años cuyo motivo de consulta fue dolor abdominal, náuseas, vómitos e ictericia, con un tiempo de enfermedad de 10 días. El dolor se localiza en epigastrio e hipocondrio derecho, de tipo cólico. Refiere además malestar general e hiporexia. Trae consigo una ecografía que

reporta vesícula hidrópica y una Saturación de oxígeno disminuida. Niega antecedentes de reacciones adversas a medicamentos y antecedentes quirúrgicos. Al examen físico, se encuentran escleras ictéricas, dolor leve a la palpación en hipocondrio derecho, con signo de Murphy positivo, sin signos peritoneales. Puño percusión lumbar es negativa, con un Glasgow de 15.

Tiempo de enfermedad: 10 días.

Forma de Inicio: Insidioso.

Curso: Progresivo.

Síntomas principales:

- Dolor abdominal
- Náuseas
- Vómitos
- Ictericia
- Hiporexia
- Malestar general

Antecedentes:

- Patológicos: El paciente niega tener enfermedades preexistentes diagnosticadas.
- Medicación de uso frecuente: Niega.
- Familiares: Niega.
- Quirúrgicos: El paciente niega haberse sometido a cirugías previas.

Examen Físico:

- Funciones vitales (FV): Temperatura 36.6°C. Normal. FR 21 x min. ligeramente elevada. FC 84 x min. normal. SatO2 97%. normal. PA 100/60 mmHg. ligeramente baja.
- Aspecto general: Regular Estado de hidratación y nutricional. Lúcido, orientada en tiempo, espacio y persona. Decúbito dorsal.

- Piel, Anexos, TCSC (tejido celular subcutáneo): Piel: Tibia hidratada, elástica. TCSC, no edemas en miembros inferiores
- Linfático: Normal.
- Cabeza: Cráneo: Normocéfalo, ojos conservados, Nariz: Permeable. Oídos: Conservado. Boca: Permeable. Dientes: Conservado. Orofaringe: Permeable.
- Cuello: Normal.
- Mamas: Sin alteración.
- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular (MV) pasa bien en ambos hemitórax.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos y regulares, sin soplos audibles, pulsos palpables.
- Abdomen: Abdomen normal. Blando, depresible.
- Genitourinario: Puntos Blandos Vesicales negativos.
- Tacto Rectal: Es permeable y no hay fisuras
- Aparato Locomotor: Indica que las extremidades son simétricas, con tono, curvaturas, movilidad y sensibilidad conservadas. Se niega pie plano y metatarso varo.
- Sistema nervioso: Sin signos de focalización, pupilas isocóricas y reactivas, LOtep (lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona), escala de Glasgow 15/15 (normal, paciente completamente alerta y orientado).

Exámenes auxiliares:

Tomografía Computarizada (TC) de Abdomen y Pelvis:

- Colección abscedada en la pared abdominal del hipocondrio derecho, en un paciente con antecedente de colecistectomía.

Endoscopia Digestiva Alta (EDA):

- Várices esofágicas incipientes y gastropatía hipertensiva portal severa. Esto confirma la cirrosis hepática y sus complicaciones, y explica la probable hemorragia digestiva alta (HDA).

Interconsulta y Respuesta:

- Valoración de paciente con probable HDA, insuficiencia renal aguda (IRA) en ventilación mecánica (VM), y shock séptico de origen abdominal.

Gases Arteriales (AGA):

- Hipoxemia leve, anemia, hiperglucemia, hiponatremia leve, lactato ligeramente elevado, pH normal (compensado).
- Mejoría significativa de la oxigenación (pO₂ y SatO₂ normales), empeoramiento de la anemia, corrección de la hiponatremia, disminución de la glucosa y el lactato, pH en rango alcalosis, hipocapnia (hiperventilación).

Troponina I de Alta Sensibilidad (hsTnI)

- Normal. Esto hace poco probable un infarto agudo de miocardio

Biometría Hemática:

- Leucocitosis (14.75) con neutrofilia marcada (86.00%) y desviación a la izquierda (abastionados). Esto confirma la infección bacteriana activa (absceso, probable peritonitis). Anemia leve (Hb 11.83). Plaquetas normales.

Impresión diagnóstica:

- Aneurisma de la aorta abdominal, sin mención de ruptura.
- Cálculo de conducto biliar sin colangitis ni colecistitis
- Otros trastornos del metabolismo de la bilirrubina.

Plan de trabajo:

- Inicialmente NPO por la cirugía. Se prolonga el ayuno, y luego se intenta iniciar la vía oral. Se reinstaura el NPO y se coloca una SNG, lo que sugiere una complicación.
- Cambios en la composición de la fluidoterapia, pero persiste la falta de especificación de la velocidad de infusión.
- Se mantiene un esquema adecuado (ceftriaxona + metronidazol) para la infección intraabdominal. Hay dudas sobre la duración del metronidazol.
- Se utilizaron Metamizol, con ajustes.
- Se usó Omeprazol y Ranitidina.
- Se agregó Vitamina K (por la cirrosis), Furosemida (para manejo de líquidos), y Dimenhidrinato.
- Monitoreo estricto con CFV y BHE.
- Deambulación: Se indico.

- Interconsulta: Medicina Interna, Neumología, o especialidad relacionada al riesgo.
- Terapia: Se agrega terapia respiratoria.
- Vía: Se agrega vía gastroyeyunal.

Evolución:

Paciente varón de 70 años, con antecedentes de colecistectomía y derivación bilioduodenal, cirrosis hepática y aneurisma abdominal, ingresa a UCI por shock séptico de origen abdominal e insuficiencia renal aguda, requiriendo ventilación mecánica. Se sospecha hemorragia digestiva alta por várices esofágicas y gastropatía hipertensiva portal. Inicialmente, presenta dolor abdominal y drenaje serohemático, con posterior aumento significativo del débito, sugestivo de fístula biliar. La evolución muestra mejoría clínica progresiva, con resolución del shock, recuperación de la función intestinal y disminución del dolor. El débito del drenaje cambia a seroso, luego disminuye, y finalmente se retira, mientras que la vía oral se restablece con éxito a dieta blanda. Se evidencia un episodio de náuseas y vómitos. Termina con el alta del paciente, ya que no presenta complicaciones. La evolución se ve marcada por la confirmación de una fístula biliar. Se solicitan múltiples exámenes, incluyendo, hemograma, electrolitos, función renal, perfil hepático, y gases arteriales, de manera seriada.

Rotación en Ginecología

Caso clínico N° 1

Anamnesis: Paciente mujer de 36 años, conviviente, ama de casa, con estudios secundarios incompletos, ingresa a Emergencia el 03/09/24. Se presenta a la emergencia con un cuadro de insuficiencia útero placentaria. Una ecografía del 03/09/24 reporta: sangrado retrouterino de 94cc, panículo adiposo fetal, ILA disminuido y Doppler fetal alterado. Se decide realizar una cesárea, cuyo informe de alta indica que fue por macrosomía fetal. Niega antecedentes de alergias a medicamentos, enfermedades previas y cirugías.

Tiempo de enfermedad: 3 día.

Forma de Inicio: Insuficiencia Uteroplacentaria.

Curso: Agudo, con una rápida progresión que lleva a la decisión de realizar una cesárea.

Síntomas principales:

- Disminución de movimientos fetales.
- Contracciones.

Antecedentes:

- Patológicos: Refiere prematuridad en su segundo embarazo. Niega otras enfermedades de la adultez, como TBC, Diabetes Mellitus y VIH.
- Medicación de uso frecuente: No se menciona.
- Familiares: No indica.
- Quirúrgicos: Niega intervenciones quirúrgicas previas.

Examen Físico:

- Funciones vitales (FV): Temperatura 36.5 °C. Frecuencia Respiratoria (FR): 18 rpm. Presión Arterial (P/A): 126/75 mmHg. Saturación de Oxígeno (SATO₂): 98%. Peso 73 kg. Talla 1.50 m.
- Aspecto general: Mucosa semihúmeda. La paciente está consciente. Actitud sin alteraciones. Responde coherentemente: Sí.
- Piel, Anexos, TCSC (tejido celular subcutáneo): Normal. TCSC normal.
- Linfático: Normal.
- Cabeza: Cráneo: Normocéfalo, ojos conservados, Nariz: Permeable. Oídos: Conservado. Boca: Permeable. Dientes: Conservado. Orofaringe: Permeable.
- Cuello: Normal.
- Mamas: Blando, depresible, no dolorosa.
- Tórax y Pulmones: Normal. Simétrico. Forma: cilíndrico.

- Cardiovascular: Normal, sin deformaciones. Con la palpación nose tiene presencia de precordio hiperactivo ni impulso ventricular. Choque de punta nose palpa asi como tampoco se palpa los pulsos periféricos.
- Abdomen: Abdomen globuloso, blando, no doloroso, auscultación RHA (+).
- Genitourinario: No percibe sangrado, no perdida de Kavich.
- Tacto Rectal: Es permeable y no hay fisuras
- Aparato Locomotor: Indica que las extremidades son simétricas, con tono, curvaturas, movilidad y sensibilidad conservadas. Se niega pie plano y metatarso varo.
- Sistema nervioso: Glasgow: 15/15 (normal). LOTEPE, pares craneales: conservados, sistema sensitivo: Conservado. Sistema motor: Conservado. Reflejos primitivos: Ausente. Nivel de conciencia: Despierto.

Exámenes auxiliares:

Historia Clínica Inicial

- Ecografía (previa al ingreso): Reportaba sangrado retrouterino (94cc), Doppler fetal alterado e ILA disminuido (oligohidramnios). Esto sugería fuertemente un desprendimiento prematuro de placenta (DPPNI) y sufrimiento fetal agudo.

Examen Físico

- Ligera taquipnea.

Monitoreo Electrónico Fetal

- Trazado reactivo (normal): FCF basal normal, variabilidad moderada, aceleraciones presentes, sin desaceleraciones. Esto contradice la historia clínica inicial.

Ecografía Obstétrica

- Gestación única a término (38 semanas 2 días).
- Macrosomía fetal (peso estimado: 3945 g).
- Circular de cordón simple al cuello.
- Líquido amniótico normal (contradice la historia inicial).
- Perfil biofísico fetal normal (8/8).
- Doppler fetal alterado.

- Estos hallazgos no explican completamente la emergencia obstétrica descrita inicialmente.

Biometría Hemática (Hemograma):

- Leucocitosis ($13.42 \times 10^3/\mu\text{L}$) con neutrofilia (80%). Sugiere infección/inflamación.
- Anemia moderada (Hb 9.8 g/dL). Consistente con sangrado (¿DPPNI?).
- Plaquetas en rango normal/bajo.
- Coagulación normal (TP y TTPA normales).
- Grupo O, factor Rh +.

Bioquímica Sanguínea

- Hiperglucemia (156 mg/dL).
- Función renal normal (urea y creatinina normales).

Examen de Orina

- Leucocitos elevados (8-10/campo). Sugiere posible infección urinaria, pero la muestra podría estar contaminada (muchas células epiteliales).
- Se tacha la presencia de gérmenes, y de bilirrubina.
- Resto del examen de orina sin alteraciones significativas.

Prueba de HIV

- *No reactivo* (negativo).

Registro de Parto:

- Parto por cesárea.
- Índice de Apgar 9/9.
- Recién nacido a UCI.

Impresión diagnóstica:

- Postoperatorio de cesárea por macrosomía fetal.
- Anemia moderada preexistente/prequirúrgica.
- Sospecha de infección del tracto urinario (ITU).
- Hiperglucemia.
- Inmunoserología

Plan de trabajo:

- Se inició con ayuno y luego se progresó la dieta hasta dieta completa, según tolerancia.
- Se cambió la solución de hidratación, añadiendo dextrosa al 5% 1000cc + ClNa + KCl y aumentando la concentración de sodio.
- Se mantuvo la cefazolina 1g EV c/8h como antibiótico profiláctico.
- Se añadió paracetamol oral c/8h para la analgesia.
- Se inició sulfato ferroso c/12h para tratar la anemia.
- Se añadió dimenhidrinato

Evolución:

Paciente femenina de 36 años, en puerperio mediato por cesárea debido a macrosomía y Doppler fetales alterado, con antecedentes de tres abortos y un parto previo, presenta una evolución postoperatoria inicialmente marcada por dolor en la herida operatoria. Se documenta signos vitales estables, aunque inicialmente con ligera taquipnea, y se consigna la presencia de loquios hemáticos escasos. En los días subsecuentes, se reporta mejoría clínica, con disminución del dolor, recuperación de la función intestinal, y adecuada involución uterina. Sin embargo, evoluciones médicas del mismo día presentan contradicciones en la descripción de la herida operatoria, describiendo inicialmente signos de flogosis.

Caso clínico N° 2

Anamnesis: Paciente mujer de 63 años ama de casa, procedente de Huacar, ingresa al hospital el 14/10. Refiere un cuadro de prolapso vaginal que se automedica, al no ver mejoría acude, donde se decide su hospitalización. Menciona la presencia de una tumoración progresiva con pujo.

Tiempo de enfermedad: +3 meses.

Forma de Inicio: Insidioso.

Curso: Progresivo

Síntomas principales:

- Prolapso vaginal (sensación de bulto o protrusión a través de la vagina).

Antecedentes:

- Patológicos: No se marcan enfermedades específicas. En la adultez menciona "Prematuridad en 2do embarazo". Se niegan explícitamente TBC, Diabetes Mellitus y VIH. No se refieren otras enfermedades.
- Medicación de uso frecuente: No se menciona.
- Familiares: Madre: Alcohólica. Hijos 4. No se refieren otras enfermedades familiares
- Quirúrgicos: Legrado uterino a los 23 años.

Examen Físico:

- Funciones vitales (FV): Presión Arterial (PA): 126/75 mmHg. Frecuencia Respiratoria (FR): 18 rpm. Saturación de Oxígeno (SatO₂): 98%. Peso: 73 kg. Talla: 1.50.
- Aspecto general: Hidratación: Mucosa semihúmeda. Estado de Conciencia: Conservado, LOTEPE. Responde coherentemente.
- Piel, Anexos, TCSC (tejido celular subcutáneo): Normal. TCSC normal.
- Linfático: No adenopatías.
- Cabeza: Cráneo: Normocéfalo, Ojos: Pupilas isocóricas y fotorreactivas.
- Cuello: Normal.
- Mamas: Blandas, depresibles, turgentes, secretoras, no dolorosas, no masa palpable.
- Tórax y Pulmones: Cilíndrico. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, sin ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos y regulares (RCRR), sin soplos. Pulsos periféricos presentes. Auscultación, se consigna.
- Abdomen: Plano, blando, depresible, RHA (+). Dolor leve en hipocondrio derecho (HCD) a la palpación. Sugiere patología de vesícula biliar.
- Genitourinario: Se consigna, PPL (-). Se omite: Inspección, palpación y evaluación
- Tacto Rectal: No realizado.

- Aparato Locomotor: Simetría conservada. Tonicidad: conservada. Movilidad y sensibilidad conservadas. Se omite evaluación de articulaciones.
- Sistema nervioso: Glasgow: 15/15 (normal). LOTEP (Lúcida, Orientada en Tiempo, Espacio y Persona), Sistema motor, sensitivo, reflejos osteotendinosos y pares craneales: Sin alteraciones.

Exámenes auxiliares:

Biometría Hemática (Hemograma):

- Encontramos una biometría prequirúrgica con hemoglobina de 13.8, lo que descarta la anemia.

Examen de Orina Completo y Urocultivo:

- Encontramos un examen de orina con leucocitos ligeramente elevados y gérmenes escasos, sugestivo de posible ITU, pero con posible contaminación de la muestra.

Bioquímica Sanguínea:

- Función renal normal (urea y creatinina normales).
- Glucosa normal.
- Faltan las pruebas de función hepática.

Inmunoserología:

- Prueba para VIH: Negativo
- Sífilis: Negativo

Citología Cervicovaginal (Papanicolaou):

- Normal.

Ecografía Transvaginal:

- Atrofia uterina y ovárica compatible con la edad (postmenopausia). No se observaron masas ni otras alteraciones.

Radiografía de Tórax:

- Aortoesclerosis (hallazgo común en personas mayores), sin alteraciones pulmonares agudas.
- Evaluación Neumológica: Menciona un riesgo bajo, pero con ciertas dudas.

Impresión diagnóstica:

- Distopia genital (prolapso de órganos pélvicos).
- Cirrosis hepática.
- Infección del Tracto Urinario (ITU)
- Aortoesclerosis
- Antecedente de legrado uterino
- Antecedente de prematuridad en segundo embarazo.

Plan de trabajo:

Fase Preoperatoria

- NPO (nada por vía oral).
- Hidratación con solución salina al 0.9%
- Antibiótico profiláctico: Cefazolina (dosis única preoperatoria).
- Oxitocina IV
- Metronidazol
- Analgésico: Tramadol
- Masaje uterino.
- Sonda Foley
- Vendaje de miembros inferiores.
- Solicitud de pruebas cruzadas y de coagulación.
- Control de funciones vitales (CFV) y observación de sangrado activo (OSA).

Fase Postoperatoria Temprana

- Mantenimiento de NPO.
- Hidratación con solución salina al 0.9%
- Antibiótico: Cefazolina EV c/8h.
- Analgésico: Metamizol EV c/8h.
- Protección gástrica: Omeprazol EV c/24h.
- Se agrega dimenhidrinato.
- CFV + OSA.
- Deambulación asistida.
- Solicitud de hematocrito de control.

Fase Postoperatoria Intermedia

- Se continua con el tratamiento.

Fase Postoperatoria Tardía

- Inicio y progresión de la vía oral: Dieta blanda + líquidos a voluntad, luego dieta completa.
- Hidratación: Se cambia a Dextrosa 5% con electrolitos (sodio y potasio),
- Antibiótico: Cefazolina EV c/8h
- Analgésico: Se cambia a paracetamol vía oral.
- Antiemético: Se agrega domperidona.
- Tratamiento de la anemia: Sulfato ferroso vía oral.
- Se agrega vitamina k.
- CFV + OSA.
- Retiro de sonda Foley y tapón vaginal (según indicación en hoja parcialmente visible).
- Preparación para el alta, con cita de control y explicación de signos de alarma, retiro de puntos.

Evolución:

Paciente femenina de 63 años con prolapso con antecedentes de 3 gestaciones previas, un parto a término, un parto pretérmino y tres abortos, presenta una evolución postoperatoria inicial con dolor en herida operatoria, sin embargo, en las evoluciones posteriores presenta mejoría del dolor. Se describe la aparición de náuseas y vómitos, que luego ceden con medicación, con sonda Foley. Se consigna que la paciente, presenta deposiciones y buena tolerancia oral. En una evolución, se describe signos de flogosis en la herida, que luego no se confirman en evoluciones posteriores. Se retira la sonda Foley. Paciente con buena evolución clínica, hemodinámicamente estable, afebril, con función intestinal y urinaria conservadas, con resultados de laboratorio sin alteraciones significativas.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Mi internado médico, con una duración de once meses, se desarrolló en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco y, durante los dos últimos meses, en el Centro de Salud Amarilis. El Hospital Regional, institución de referencia en la región, cuenta con servicios especializados que atienden a una población considerable. Sin embargo, la crisis sanitaria por COVID-19 generó limitaciones, como la escasez de internos y residentes, lo que supuso un reto adicional para mi formación profesional.

El internado se estructuró en rotaciones por las siguientes especialidades: Pediatría (del 1 de febrero al 31 de marzo), Medicina Interna (del 1 de abril al 15 de junio), Ginecología y Obstetricia (del 16 de junio al 15 de agosto), Cirugía General (del 16 de agosto al 31 de octubre) y finalmente un corto periodo final en Atención primaria.

En pediatría, participé en la atención de pacientes con infecciones respiratorias, desnutrición y patologías neonatales. La escasez de personal me permitió una participación más activa en la evaluación de pacientes, la indicación de exámenes auxiliares y el seguimiento de tratamientos, siempre bajo la supervisión del personal médico.

Durante la rotación por medicina interna, me enfrenté al manejo de enfermedades crónicas y agudas, como insuficiencia cardíaca y diabetes descompensada. La alta demanda de pacientes y la escasez de personal me impulsaron a asumir mayores responsabilidades en la elaboración de historias clínicas, el monitoreo de tratamientos y la toma de decisiones en equipo.

La rotación en ginecología y obstetricia me brindó la oportunidad de asistir partos, cesáreas y emergencias obstétricas. La atención materno-fetal, que exige rapidez y precisión, y la considerable carga laboral me permitieron adquirir experiencia en la evaluación de gestantes, el control prenatal y el manejo de complicaciones.

En cirugía general, roté por cirugía general, cirugía pediátrica, neurocirugía y traumatología, participando en procedimientos quirúrgicos, tanto en sala de operaciones como en emergencias, y en el cuidado postoperatorio. Esta experiencia me permitió perfeccionar mis habilidades quirúrgicas y fortalecer mi capacidad de respuesta en situaciones críticas.

Además, en atención primaria se rotó participando en la evaluación y manejo integral de pacientes ambulatorios. Se realizó actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades, y seguimiento de patologías crónicas. Esta experiencia permitió fortalecer mis habilidades de comunicación con el paciente dentro de la medicina preventiva

A pesar de las limitaciones estructurales y de personal, el internado consolidó mis conocimientos médicos, desarrolló mi autonomía así como mis habilidades clínicas. Aprendí a adaptarme a las condiciones del sistema de salud y a responder eficientemente a las necesidades de los pacientes, preparándome para los desafíos de la práctica profesional.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

Rotación de Pediatría

Caso N° 01

Una niña de 5 años fue llevada al servicio de Pediatría del Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” con un cuadro clínico de 2 días de evolución caracterizado por fiebre y equimosis (moretones) en el abdomen y las piernas. En la historia clínica, se encontró un antecedente de contacto con tuberculosis (TBC) que fue tratada hace un mes. Además, se debe considerar que, en la mayoría de los casos de PTI en niños, la causa es desconocida (1). Sin embargo, algunas causas conocidas incluyen problemas del sistema inmunitario, infecciones virales como la varicela y algunos medicamentos o vacunas.

La púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) es una enfermedad autoinmune que afecta la coagulación de la sangre. El sistema inmunitario ataca por error a las plaquetas, células esenciales para detener el sangrado. Esto resulta en un recuento bajo de plaquetas (2). El problema se origina cuando el sistema inmunitario produce anticuerpos que se adhieren a las plaquetas, marcándolas para su destrucción por el propio organismo.

En niños, la PTI a veces aparece tras una infección viral, aunque frecuentemente la causa es desconocida. Este trastorno, en su forma aguda, es más común entre los 2 y 9 años y suele resolverse espontáneamente (3). Se caracteriza por la aparición repentina de pequeñas manchas rojas o púrpuras en la piel (petequias), moretones (equimosis) y, ocasionalmente, sangrado de las encías, la nariz u otras mucosas (4).

Además, para confirmar un diagnóstico de PTI, se necesitan varias pruebas además de la historia clínica y un examen físico. Estas incluyen un hemograma completo para evaluar los niveles de plaquetas, glóbulos rojos y blancos, incluyendo hemoglobina, hematocrito y reticulocitos para evaluar la función de la médula ósea; un frotis de sangre periférica para examinar microscópicamente las células sanguíneas; y, en algunos casos, un aspirado de médula ósea para

evaluar la producción de plaquetas y descartar otras enfermedades de la médula ósea (5).

De otro lado, el tratamiento para la PTI se centra en prevenir y controlar el sangrado. En niños sin sangrado importante, la observación y el seguimiento son usualmente suficientes, ya que la condición a menudo se resuelve sin intervención (6). El tratamiento específico se adapta a cada paciente y puede incluir: corticosteroides como prednisona o dexametasona para reducir la destrucción de plaquetas (con una tasa de éxito de hasta el 80% para la prednisona); inmunoglobulina intravenosa (IgIV); anti-D o inmunoglobulina Rh (en pacientes con tipos de sangre específicos); rituximab (un anticuerpo monoclonal); esplenectomía (en casos crónicos o graves); inmunosupresores; y fármacos que estimulan la producción de plaquetas en la médula ósea (7).

Entonces, el seguimiento cercano y la educación a los padres son fundamentales para el manejo adecuado de esta condición (8). En este caso, se proporcionaron indicaciones a la madre sobre los signos de alarma y se programó seguimiento ambulatorio para monitorizar la evolución de la paciente y ajustar el tratamiento según sea necesario.

Caso N° 02

La Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) representa una causa principal de morbilidad y mortalidad infantil a nivel mundial, especialmente en niños menores de 5 años, como el paciente de 1 año presentado. La NAC se define como una infección aguda del parénquima pulmonar adquirida fuera del ámbito hospitalario, con una presentación clínica que varía desde síntomas leves hasta cuadros graves con compromiso respiratorio significativo (9). En este caso, el paciente presentó un cuadro clínico caracterizado por fiebre, tos y disnea, síntomas cardinales de infección respiratoria baja, que, en conjunto con los hallazgos del examen físico y exámenes auxiliares, orientaron al diagnóstico de NAC. Es crucial destacar que la presentación clínica en lactantes puede ser inespecífica, requiriendo una evaluación integral para un diagnóstico preciso y oportuno (10).

La etiología de la NAC en pediatría es multifactorial, siendo los agentes infecciosos los principales desencadenantes. En lactantes y niños pequeños, los virus respiratorios como el Virus Sincitial Respiratorio (VSR), el adenovirus y el rinovirus son causas frecuentes, aunque las bacterias como *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* tipo b también desempeñan un papel importante (11). En este caso, la leucocitosis con neutrofilia observada en el hemograma sugiere una etiología bacteriana, aunque no se descarta la posibilidad de una infección mixta o una neumonía bacteriana secundaria a una infección viral inicial. Factores de riesgo como la vacunación incompleta, como se menciona en la anamnesis del paciente, incrementan la susceptibilidad a infecciones respiratorias graves, incluyendo la NAC (12).

El tratamiento de la NAC pediátrica se enfoca en erradicar la infección, aliviar los síntomas y prevenir complicaciones. La terapia antimicrobiana empírica es fundamental en casos de sospecha de etiología bacteriana o en cuadros clínicos moderados a graves, como el presentado por este paciente que requirió hospitalización. La Ceftriaxona, una cefalosporina de tercera generación, es un antibiótico de amplio espectro comúnmente utilizado en NAC pediátrica debido a su eficacia contra patógenos bacterianos frecuentes y su administración intravenosa, crucial en pacientes con dificultad respiratoria (13). Adicionalmente, el uso de Dexametasona, un corticoesteroide, se justifica por su capacidad para reducir la inflamación de las vías aéreas y mejorar la función pulmonar en casos de NAC con componente inflamatorio significativo o broncoespasmo (14).

El manejo sintomático es un componente esencial del tratamiento de la NAC. El Salbutamol, un broncodilatador beta-2 agonista, se utiliza para aliviar el broncoespasmo y mejorar el flujo de aire en pacientes con sibilancias o dificultad respiratoria asociada a la NAC (15).

La evolución favorable del paciente, evidenciada por la remisión de la fiebre, la disminución de la tos y la estabilización de los signos vitales refleja la respuesta positiva al tratamiento implementado. La mejoría progresiva de los hallazgos pulmonares y la normalización de los parámetros de laboratorio, como la disminución de la leucocitosis, son indicadores de resolución de la infección y

recuperación del parénquima pulmonar. El alta hospitalaria con indicación de antibioticoterapia ambulatoria (Azitromicina) asegura la erradicación completa de la infección y previene recaídas (16). El Albendazol, aunque no directamente relacionado con la NAC, podría haberse prescrito como tratamiento empírico antihelmíntico, una práctica común en regiones con alta prevalencia de parasitosis intestinal (17).

Rotación en Medicina

Caso N° 01

El diagnóstico del dolor abdominal agudo en el adulto mayor representa un reto clínico primordial debido a su presentación a menudo atípica a un abanico de etiologías posibles, desde causas benignas hasta condiciones quirúrgicas urgentes. En este grupo etario, la sensibilidad al dolor visceral puede estar atenuada, la coexistencia de comorbilidades cognitivas puede enmascarar o desviar la sintomatología clásica (18).

La neumonía en el adulto mayor posee características fisiopatológicas y clínicas distintivas. El envejecimiento inmunológico predispone a infecciones respiratorias, a menudo causadas por un microbiota polimicrobiano que incluye *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, bacilos Gram negativos y virus (19). La presentación clínica en ancianos frecuentemente difiere de la observada en jóvenes, con menor incidencia de fiebre alta y síntomas respiratorios típicos, mayor prevalencia de manifestaciones inespecíficas como confusión, debilidad generalizada, o exacerbación de enfermedades preexistentes (20).

El tratamiento de la neumonía en el adulto mayor requiere un enfoque multifacético. La antibioticoterapia empírica es piedra angular, debiendo cubrir los patógenos más probables en este contexto, guiándose por las recomendaciones locales y los factores de riesgo del paciente (21). Las combinaciones de betalactámicos con macrólidos o fluoroquinolonas

respiratorias son opciones comunes en pacientes hospitalizados. Además del tratamiento antimicrobiano específico, el soporte general es crucial, incluyendo la oxigenoterapia para mantener una saturación adecuada, la hidratación intravenosa, el manejo del dolor, la optimización de las comorbilidades preexistentes como la diabetes.

La evolución de la neumonía en el adulto mayor puede ser variable, el pronóstico se ve influenciado por la edad, la gravedad de la infección, las comorbilidades subyacentes y la respuesta al tratamiento (22). La mejoría clínica suele manifestarse por la remisión de la fiebre, la disminución de la tos con dificultad respiratoria. El alta hospitalaria requiere una planificación cuidadosa, asegurando la continuidad del tratamiento antibiótico, la rehabilitación pulmonar si es necesaria.

Caso N° 02

El síndrome nefrótico surge de un daño en el filtro del riñón (glomerular), que permite que proteínas como la albúmina se escapen a la orina. Esta pérdida de proteínas (proteinuria masiva) es un sello distintivo del síndrome y provoca una cascada de efectos: bajos niveles de albúmina en la sangre (hipoalbuminemia) llevan a la acumulación de líquidos e hinchazón (edema), típicamente en las piernas, y también aumentan la producción de grasas en el hígado (hiperlipidemia), ambos signos característicos de este síndrome (23).

Cuando el síndrome nefrótico es consecuencia de otra enfermedad, como diabetes, lupus, amiloidosis o ciertas infecciones, se denomina síndrome nefrótico secundario. Dado el historial de síndrome nefrótico del paciente en 2023, es crucial determinar si se trata de una recaída, una persistencia del problema anterior o el desarrollo de una nueva enfermedad (24). La peritonitis que el paciente sufrió en 2023 es un factor importante que considerar, ya que algunas infecciones pueden causar inflamación en los riñones (glomerulonefritis) y, como resultado, síndrome nefrótico.

La hinchazón (edema) característica del síndrome nefrótico se debe principalmente a un desequilibrio de líquidos entre los vasos sanguíneos y los tejidos. La baja concentración de albúmina reduce la capacidad de retener líquido en la sangre, mientras que los riñones, en respuesta a la disminución del volumen sanguíneo, retienen sal y agua, agravando la hinchazón. Este edema, típicamente blando y que deja huella al presionarlo, suele comenzar en los tobillos y piernas, pudiendo extenderse a todo el cuerpo en casos graves (25). Es crucial distinguirlo de la hinchazón causada por insuficiencia cardíaca, enfermedad hepática o problemas linfáticos mediante una evaluación médica completa.

El diagnóstico de síndrome nefrótico se confirma con la presencia de altos niveles de proteína en la orina (proteinuria), bajos niveles de albúmina en sangre (hipoalbuminemia) e hinchazón (edema). Con frecuencia, también se observan niveles elevados de grasas en sangre (hiperlipidemia) y orina (lipiduria). El análisis de orina es esencial para detectar la proteinuria y otros indicadores, como sangre o cilindros, que pueden sugerir la causa específica de la enfermedad renal. Otros análisis de sangre evalúan la función renal, los niveles de albúmina, grasas y glucosa, y pueden revelar anemia (26). La biopsia renal, que consiste en extraer una pequeña muestra de tejido renal, es el método definitivo para determinar la causa subyacente de la enfermedad y guiar el tratamiento.

El tratamiento del síndrome nefrótico busca disminuir la pérdida de proteínas en la orina, controlar la hinchazón, regular los niveles de grasas en sangre, prevenir complicaciones y, si es secundario, tratar la enfermedad subyacente. Se recomienda una dieta baja en sal y, dependiendo de la función renal, controlar la ingesta de proteínas. Los medicamentos comúnmente usados incluyen inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (para reducir la proteinuria), diuréticos (para la hinchazón) y estatinas (para el control de las grasas) (27). En los casos secundarios, es esencial tratar la enfermedad principal, pudiendo requerirse inmunosupresores para controlar la inflamación renal en algunas glomerulonefritis.

El pronóstico del síndrome nefrótico varía según la causa subyacente, la respuesta al tratamiento y la presencia de complicaciones. Entre las posibles complicaciones se incluyen infecciones (como la infección urinaria presentada por el paciente), coágulos sanguíneos, insuficiencia renal y enfermedades cardiovasculares (28). La causa de la enfermedad renal, la cantidad de proteína en la orina y la progresión a enfermedad renal crónica determinan el pronóstico a largo plazo. El seguimiento regular con un nefrólogo es fundamental para monitorear la respuesta al tratamiento, detectar y tratar complicaciones, y ajustar el plan de manejo según la evolución del paciente.

Rotación en Cirugía

Caso N° 01

La apendicitis, la urgencia quirúrgica abdominal más frecuente, se produce por la inflamación del apéndice, una pequeña prolongación del intestino grueso. Generalmente, comienza con una obstrucción de su interior, a menudo por heces endurecidas, tejido linfoide inflamado o, menos comúnmente, parásitos o tumores. Esta obstrucción aumenta la presión interna, compromete el flujo sanguíneo y promueve la proliferación bacteriana, lo que lleva a la inflamación y, si no se trata, a la perforación (29). La inflamación local y generalizada resultante causa los síntomas típicos de la apendicitis.

Cuando el apéndice se perfora, libera contenido intestinal y bacterias al abdomen. Si esta contaminación se limita a una zona específica, generalmente la parte inferior derecha del abdomen, se denomina peritonitis localizada. Sin embargo, si la infección se extiende por toda la cavidad abdominal, se produce una peritonitis generalizada, un cuadro más grave con mayor riesgo de complicaciones. Factores como la edad, el tiempo transcurrido desde el inicio de la apendicitis y la agresividad de las bacterias influyen en la gravedad y extensión de la infección (30).

La apendicitis típicamente comienza con un dolor abdominal impreciso alrededor del ombligo. A medida que la inflamación avanza, el dolor se desplaza y se

concentra en la parte inferior derecha del abdomen, volviéndose más agudo y constante. La pérdida de apetito, náuseas y vómitos son comunes, a veces se presentan diarrea o estreñimiento. La fiebre, si existe, suele ser baja al principio, pero puede aumentar si el apéndice se perfora (31).

El diagnóstico de apendicitis se basa principalmente en los síntomas y la exploración física, que suele revelar dolor al soltar la presión en la parte inferior derecha del abdomen y otros signos de inflamación peritoneal. Los análisis de sangre, aunque no confirman el diagnóstico por sí solos, pueden mostrar signos de infección bacteriana, como un aumento de glóbulos blancos. La ecografía abdominal puede ser útil en algunos casos, mientras que la tomografía computarizada (TC) es la prueba de imagen más precisa para confirmar la apendicitis, detectar complicaciones como la perforación y descartar otras enfermedades (32).

El tratamiento principal para la apendicitis, especialmente si hay perforación y peritonitis, es la extirpación quirúrgica del apéndice (apendicectomía). La cirugía laparoscópica, como la realizada en este paciente, ofrece ventajas como menos dolor, estancias hospitalarias más cortas y menor riesgo de infección de la herida, aunque la elección de la técnica depende del paciente y la experiencia del cirujano. Además de la cirugía, la peritonitis localizada requiere antibióticos de amplio espectro para combatir la infección y el drenaje de cualquier acumulación de pus, ya sea durante la operación o posteriormente mediante un procedimiento guiado por imagen (33).

Tras una apendicectomía por apendicitis perforada con peritonitis localizada, la recuperación suele ser favorable con el tratamiento adecuado. El manejo del dolor, los antibióticos, la reintroducción gradual de la alimentación y la movilización temprana son cruciales. La disminución de la fiebre, el dolor abdominal, la normalización del tránsito intestinal y la reducción del drenaje de la herida indican una buena evolución (34). Es importante vigilar posibles complicaciones postoperatorias, como infecciones, abscesos o íleo paralítico (parálisis intestinal).

Caso N° 02

Aunque la extirpación de la vesícula biliar (colecistectomía) alivia los síntomas de los cálculos biliares, puede causar problemas a largo plazo, como estrechamiento de las vías biliares o infecciones. Sin embargo, en este caso, la ictericia (coloración amarillenta de la piel) y la vesícula inflamada con líquido (hidrópica) sugieren una obstrucción de las vías biliares. La insuficiencia hepática, ya sea por la obstrucción o por una enfermedad previa del hígado, podría explicar el malestar general y la falta de apetito del paciente (35).

El shock séptico (infección generalizada grave) y la insuficiencia renal aguda son complicaciones peligrosas de un absceso hepático no tratado, especialmente en pacientes con cirrosis descompensada. La infección abdominal provoca una respuesta inflamatoria masiva que puede afectar a múltiples órganos, incluyendo los riñones. En pacientes con cirrosis, esta respuesta puede ser aún más grave debido a un sistema inmunitario debilitado. La hemorragia digestiva alta, sugerida por el sangrado y sospechada en este caso, es una complicación grave de la cirrosis, generalmente causada por la ruptura de varices en el esófago o el estómago debido al aumento de la presión en la vena porta (36).

El tratamiento inmediato del absceso hepático y sus complicaciones requiere un enfoque multidisciplinario urgente. Drenar el absceso, ya sea mediante un procedimiento guiado por imagen o cirugía, es fundamental para controlar la infección. También son esenciales los antibióticos de amplio espectro, como la combinación de ceftriaxona y metronidazol usada en este caso, para eliminar las bacterias. El soporte vital, incluyendo fluidos intravenosos, medicamentos para la presión arterial y oxígeno o ventilación mecánica, es crucial para mantener la función de los órganos y el suministro de oxígeno a los tejidos en caso de shock séptico (37).

El tratamiento de las complicaciones de la cirrosis, como la hemorragia digestiva alta y la insuficiencia renal, se realiza al mismo tiempo que el tratamiento del absceso. La hemorragia digestiva requiere medidas urgentes para detener el sangrado, como la ligadura o escleroterapia de las varices durante una

endoscopia, medicamentos para reducir la presión en la vena porta. La insuficiencia renal, a menudo relacionada con el síndrome hepatorenal, requiere un control cuidadoso de los fluidos, la optimización del flujo sanguíneo a los riñones y, en casos graves, diálisis (38).

La recuperación después del drenaje del absceso y el tratamiento de las complicaciones depende de la gravedad de la infección, el daño hepático y la respuesta al tratamiento. La persistencia de una fístula biliar (salida de bilis), sugerida por el drenaje serohemático, es una posible complicación que puede retrasar el alta hospitalaria. La monitorización continua de las constantes vitales, la función hepática, los marcadores de inflamación y el drenaje, junto con un tratamiento proactivo de las complicaciones, son esenciales para una óptima recuperación en pacientes con absceso hepático y cirrosis descompensada (39)

Rotación en Ginecología

Caso N° 01

La insuficiencia uteroplacentaria describe la incapacidad de la placenta para suministrar suficiente oxígeno y nutrientes al feto. Esta condición compleja se debe a problemas en el flujo sanguíneo y la función de la placenta. Factores de riesgo incluyen afecciones maternas como hipertensión, diabetes y enfermedades autoinmunes, así como complicaciones del embarazo como preeclampsia y embarazos múltiples. La disminución de los movimientos fetales, alteraciones en la monitorización fetal, bajo nivel de líquido amniótico y, en casos graves, sufrimiento fetal agudo son signos clínicos de esta condición (40).

La macrosomía fetal (bebés que nacen con un peso excesivo) es una complicación del embarazo con riesgos tanto para la madre como para el bebé. La principal causa es la diabetes materna, ya que la glucosa alta en la madre provoca un aumento de la insulina en el feto, lo que a su vez aumenta el almacenamiento de grasa y glucógeno. Otros factores de riesgo incluyen obesidad materna, múltiples partos previos, edad materna avanzada y factores genéticos. La macrosomía aumenta la probabilidad de complicaciones durante

el parto, como distocia de hombros, lesiones y hemorragia. A largo plazo, estos bebés tienen mayor riesgo de obesidad, diabetes tipo 2 y síndrome metabólico (41).

La cesárea, ya sea programada o de emergencia, puede ser necesaria en casos de insuficiencia uteroplacentaria y macrosomía fetal. Si el feto muestra signos de sufrimiento agudo, la cesárea urgente es crucial. En casos de macrosomía, se puede considerar una cesárea programada para reducir el riesgo de complicaciones durante el parto, especialmente si se estima un peso fetal muy elevado o si existen otros factores de riesgo como diabetes materna. La decisión final debe tomarse de forma individualizada, considerando los riesgos y beneficios tanto para la madre como para el bebé (42).

El cuidado postoperatorio después de una cesárea incluye la monitorización de signos vitales, el control del dolor, la prevención de infecciones y el estímulo de la movilización temprana. Los antibióticos profilácticos, como la cefazolina, reducen el riesgo de infecciones. El manejo del dolor se realiza con analgésicos, combinando opioides y no opioides como el paracetamol. El sulfato ferroso se usa para tratar la anemia, y el dimenhidrinato para las náuseas y vómitos postoperatorios (43).

Después de una cesárea sin complicaciones, la recuperación habitual implica la contracción progresiva del útero, la eliminación de los loquios (flujo vaginal postparto), la cicatrización de la herida y la normalización de la función intestinal. Se debe controlar y tratar la anemia. La hiperglucemia postparto requiere evaluación para descartar diabetes. Las infecciones urinarias, sugeridas por glóbulos blancos en la orina, deben confirmarse con un cultivo y tratarse si causan síntomas. Una evolución favorable, con disminución del dolor, función intestinal normal y buena contracción uterina, indica una recuperación adecuada (44).

Caso N° 02

El prolapso de órganos pélvicos (POP), también conocido como distopia genital, se refiere al descenso de uno o más órganos pélvicos (vejiga, uretra, útero, cúpula vaginal, recto) a través del hiato genital, generando una protrusión vaginal palpable o visible. La fisiopatología del POP es compleja y multifactorial, implicando la debilidad o daño de las estructuras de soporte pélvico, como los músculos elevadores del ano, la fascia endopélvica y los ligamentos útero-sacros y cardinales. Entre los factores de riesgo para el POP se incluyen la multiparidad, el parto vaginal, la edad avanzada, la menopausia, la obesidad, la tos crónica, el estreñimiento crónico y actividades que aumentan repetidamente la presión intraabdominal (45).

La presentación clínica del prolapso vaginal varía, siendo el síntoma principal la sensación de bulto o presión vaginal, que empeora con el esfuerzo, estar de pie por mucho tiempo o al final del día, y mejora al acostarse. Otros síntomas pueden incluir molestias pélvicas, dolor lumbar, dispareunia (dolor durante el coito) y síntomas urinarios (incontinencia urinaria de esfuerzo, urgencia miccional, dificultad para vaciar la vejiga) o intestinales (estreñimiento, incontinencia fecal), dependiendo del órgano prolapsado y el grado de descenso. La clasificación del POP se realiza mediante el sistema de cuantificación del prolapso de órganos pélvicos (POP-Q), que describe la extensión del descenso en estadios del 0 (sin prolapso) al IV (prolapso máximo) (46).

El tratamiento del prolapso de órganos pélvicos (POP) varía según la gravedad de los síntomas, el grado de prolapso, la edad y el estado de salud de la paciente, así como sus preferencias. Las opciones de tratamiento conservador incluyen ejercicios de suelo pélvico para fortalecer la musculatura, pesarios vaginales para proporcionar soporte mecánico y terapia hormonal vaginal para mejorar la calidad de los tejidos en mujeres postmenopáusicas. El tratamiento quirúrgico se considera para mujeres con síntomas significativos que no responden al tratamiento conservador o que prefieren una solución definitiva (47).

La cirugía reconstructiva del POP puede realizarse por vía vaginal, abdominal (laparotomía o laparoscopia) o combinada. La vía vaginal es la más común para prolapsos anteriores y posteriores, permitiendo la reparación de los defectos del suelo pélvico. La vía abdominal, especialmente la sacrocolpopexia laparoscópica o robótica, es el estándar de oro para el prolapso de cúpula vaginal post-histerectomía y prolapso apical en mujeres que desean preservar el útero, suspendiendo la vagina al promontorio sacro con una malla protésica (48).

El manejo preoperatorio de la cirugía de POP incluye evaluación preanestésica, optimización de comorbilidades, profilaxis tromboembólica y antibiótica, y preparación intestinal para cirugía abdominal. El manejo postoperatorio inmediato se enfoca en el control del dolor, prevención de infecciones urinarias, inicio de la deambulación temprana, y educación sobre cuidados de la herida quirúrgica y restricciones físicas (49). La evolución postoperatoria suele ser favorable, aunque existen riesgos de complicaciones como recurrencia del prolapso, incontinencia urinaria, dispareunia, erosión de la malla protésica e infecciones. El seguimiento a largo plazo es crucial para evaluar la durabilidad de la reparación y detectar posibles complicaciones tardías.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

La vivencia del internado médico en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco a través de diversas especialidades como pediatría, medicina general, cirugía y ginecología, tal como se ejemplifica en los casos clínicos presentados, ofrece una perspectiva integral para la formación del interno. La diversidad de patologías abordadas, desde el manejo agudo del dolor abdominal en el adulto mayor hasta las complicaciones quirúrgicas y obstétricas, permite consolidar conocimientos teóricos previamente adquiridos en el pregrado y aplicarlos a situaciones clínicas reales. La oportunidad de participar en el proceso diagnóstico, terapéutico de seguimiento de pacientes con diferentes condiciones médicas, como las neumonías, síndromes nefróticos, apendicitis, abscesos hepáticos, prolapsos y complicaciones obstétricas, constituye un pilar fundamental en la transición del estudiante al rol de médico.

Sin embargo, la variedad de enfoques clínicos observada entre las diferentes especialidades y profesionales puede representar un desafío para el interno en formación. La ausencia de protocolos o guías de práctica clínica unificadas actualizadas, tal como se percibe en la diversidad de planes de trabajo implementados en los casos, puede generar cierta discrepancia en el abordaje de patologías similares. Esta falta de estandarización, aunque refleja la complejidad inherente a la práctica médica y la necesidad de individualizar cada caso, podría dificultar inicialmente la consolidación de un marco de referencia uniforme para el interno en proceso de aprendizaje. Es crucial, en este sentido, que las instituciones hospitalarias promuevan la difusión de guías basadas en la evidencia, facilitando así una práctica clínica basada en el conocimiento científico más reciente.

La exposición a casos variados, característica de las rotaciones por diversas especialidades, brinda al interno la oportunidad de desarrollar habilidades esenciales para la práctica médica. El enfrentamiento a emergencias quirúrgicas como la apendicitis perforada o complicaciones sépticas postoperatorias, o a urgencias obstétricas como la insuficiencia uteroplacentaria, permite al interno agudizar su capacidad de toma de decisiones bajo presión, priorizar acciones y

trabajar en equipo de forma eficiente. Asimismo, el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas como el síndrome nefrótico o la cirrosis hepática fomenta el desarrollo de una visión integral del paciente, más allá del episodio agudo, considerando las comorbilidades, los factores psicosociales la necesidad de un manejo personalizado.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

1. La experiencia en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano durante el internado médico ha sido fundamental para el desarrollo profesional. La diversidad de casos clínicos, la exposición a distintas especialidades y la oportunidad de participar activamente en el manejo de pacientes complejos han consolidado mis habilidades clínicas. Los desafíos encontrados han enriquecido mi capacidad de razonamiento terapéutico, preparándome para afrontar con mayor solidez los retos de la práctica médica.
2. Sobre el caso clínico (Púrpura Trombocitopénica Idiopática), destacó la importancia del diagnóstico diferencial ante equimosis y fiebre, reforzando el manejo inicial de la trombocitopenia y la monitorización continua del riesgo de sangrado en pacientes pediátricos. La evolución favorable subrayó la efectividad del tratamiento de soporte y el seguimiento ambulatorio en PTI.
3. El caso de neumonía en lactante enfatizó la necesidad de reconocer rápidamente los signos de dificultad respiratoria en pediatría y la pronta instauración de antibioticoterapia empírica en NAC. La recuperación exitosa resaltó la importancia del manejo escalonado del tratamiento antibiótico para asegurar una evolución favorable.
4. Este caso geriátrico complejo evidenció el reto diagnóstico del dolor abdominal en el paciente adulto mayor con comorbilidades, requiriendo un abordaje integral para descartar múltiples etiologías. La evolución resaltó la necesidad de monitorización constante y ajustes terapéuticos según la evolución clínica, adaptando el tratamiento a la complejidad del paciente anciano.
5. El caso de síndrome nefrótico recurrente subrayó la importancia de reconocer y manejar las manifestaciones clínicas del síndrome nefrótico, así como abordar las posibles causas secundarias y comorbilidades asociadas como la ITU. La biopsia renal se confirmó como fundamental para guiar el

tratamiento específico a largo plazo, enfatizando la necesidad de un manejo multidisciplinario.

6. Del caso de apendicitis aguda perforada demostró la importancia de la rápida identificación de la apendicitis como emergencia abdominal. La apendicectomía laparoscópica y el manejo postoperatorio adecuado fueron cruciales para una evolución favorable, resaltando la efectividad de la intervención quirúrgica oportuna.
7. El caso de absceso hepático en paciente cirrótico evidenció la complejidad del manejo de infecciones intraabdominales en pacientes con comorbilidades severas. El abordaje multidisciplinario y el drenaje del absceso, junto al soporte intensivo, fueron esenciales para la superación del shock séptico y la evolución favorable, destacando la importancia de la pericia quirúrgica en contextos complejos.
8. Este caso obstétrico resaltó la importancia de la monitorización fetal ante sospecha de IUP y la toma de decisiones oportuna frente al riesgo fetal. La resolución mediante cesárea por macrosomía y Doppler alterado subrayó la necesidad de un abordaje multidisciplinario en emergencias obstétricas.
9. El caso de prolapso genital en mujer postmenopáusica evidenció la relevancia del reconocimiento de la distopia genital en la edad adulta, abarcando desde el tratamiento conservador hasta la opción quirúrgica reconstructiva. La evolución postoperatoria favorable tras la cirugía reforzó la efectividad del abordaje quirúrgico en casos sintomáticos y la necesidad de un seguimiento a largo plazo.

CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES

1. Se recomienda continuar buscando activamente oportunidades de aprendizaje en diversos entornos clínicos. Profundizar en la investigación y actualización constante de conocimientos, aprovechando cada encuentro con pacientes complejos como una valiosa lección para el desarrollo profesional continuo en la práctica médica.
2. Se recomienda mantener una alta sospecha diagnóstica de PTI en pacientes pediátricos que presenten equimosis y fiebre, realizando un diagnóstico diferencial exhaustivo para descartar otras causas de trombocitopenia. Implementar protocolos claros para el manejo inicial de la PTI, con énfasis en la monitorización rigurosa del riesgo de sangrado y el seguimiento ambulatorio adecuado tras el alta.
3. Se recomienda desarrollar habilidades para la identificación temprana de signos de dificultad respiratoria en lactantes, implementando vías clínicas rápidas para la instauración oportuna de antibioticoterapia empírica en casos de NAC. Es crucial promover el manejo escalonado de antibióticos basado en la respuesta clínica, asegurando una evolución favorable y minimizando la resistencia bacteriana.
4. Se recomienda adoptar un abordaje diagnóstico integral ante el dolor abdominal en pacientes geriátricos, considerando la alta prevalencia de comorbilidades y la presentación atípica de patologías. Priorizar la monitorización continua y la adaptación del plan terapéutico a la evolución individual de cada paciente anciano, optimizando el manejo de las comorbilidades coexistentes.
5. Se recomienda fortalecer la capacidad para reconocer las manifestaciones clínicas del síndrome nefrótico y comprender la importancia de identificar etiologías secundarias y comorbilidades asociadas, como las infecciones. Impulsar la solicitud temprana de biopsia renal para guiar el tratamiento específico a largo plazo que

involucre nefrología, medicina interna y otras especialidades según las necesidades del paciente.

6. Se recomienda reforzar la destreza en el diagnóstico clínico preciso de la apendicitis aguda, considerándola como una emergencia quirúrgica que requiere intervención oportuna. Promover el uso de abordajes quirúrgicos mínimamente invasivos como la laparoscopia, siempre que sea posible, y asegurar un manejo postoperatorio estandarizado para optimizar la recuperación.
7. Se recomienda fomentar el abordaje multidisciplinario en el manejo de infecciones intraabdominales complejas, especialmente en pacientes con comorbilidades como la cirrosis hepática. Desarrollar habilidades avanzadas en técnicas de drenaje de abscesos y asegurar un soporte intensivo integral para pacientes en shock séptico, reconociendo la importancia de la pericia quirúrgica en estos contextos críticos.
8. Se recomienda priorizar la capacitación continua en monitorización fetal ante la sospecha de Insuficiencia Uteroplacentaria y fortalecer la toma de decisiones oportuna en emergencias obstétricas, incluyendo la cesárea cuando sea indicada por riesgo fetal. Promover el trabajo multidisciplinario entre obstetricia, neonatología y anestesiología para optimizar el manejo de casos complejos como la macrosomía y el Doppler fetales alterado.
9. Se recomienda aumentar el conocimiento sobre el prolapso de órganos pélvicos en mujeres adultas mayores, incluyendo las opciones de tratamiento conservador y quirúrgico reconstructivo. Promover la educación a las pacientes sobre las opciones terapéuticas disponibles para asegurar un seguimiento postoperatorio a largo plazo para evaluar la efectividad del tratamiento y detectar posibles recurrencias.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1. Stanford Medicine. Children Health. *Immune Thrombocytopenic Purpura in Children - Stanford Medicine Children's Health*. 2022 p. 1–5. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=immune-thrombocytopenic-purpura-in-children-90-P05424>
2. Immune thrombocytopenic purpura (ITP). MedlinePlus. National Library of Medicine (US). Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000535.htm>
3. Idiopathic thrombocytopenic purpura. Causes, symptoms and treatment. Clínica Universidad de Navarra. Available from: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/purpura-trombocitopenica>
4. Cabrera J. *Atopy as a risk factor for primary immune thrombocytopenic purpura in children*. [UNT]; 2023. Available from: <https://dspace.unitru.edu.pe/items/34ddf1a2-5af9-47af-8a8e-ad883b969e29>
5. Fanti S. *Immune thrombocytopenic purpura: A correct diagnosis and treatment in children*. [IFTSACL]; 2023. Disponible en: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/108117398/Purpura_Trombocitopenica_Inmune_Un_correcto_diagnostico_y_tratamiento_en_ninos-libre.pdf?1701388950=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DPurpura_Trombocitopenica_Inmune_Un_corre.pdf&Expires=1738885311&Signature=DABKQfggpGP4QyE6Z9bDuQ4Oxb1qeNP95NKim8SfKp70Rn-UYIUoHy0vFcs2QJQDLTg7z6K-yGhSDkYBuCDSyLsqwbiVO0IAsIBQlafTt9yNDRCSwr1Iz8U9baFnwYifr pMClu6DZV0U1k-vozTUFtUX1~T0zmsX781IGn75WlguFN24Ky0zhViiRw62wgpC4rhvAZeeM20cahUnXP1Fdfc7hPd8P~3Uky
6. Salazar C. *Criteria associated for the initiation of treatment of immune thrombocytopenia in pediatric patients at the Edgardo Rebagliati Martins National Hospital 2015-2019*. [URP]; 2022. Disponible en:

<https://repositorio.urp.edu.pe/entities/publication/41232e48-02c1-4d53-87ca-0d554e287b8c>

7. Bravo C, Muñoz F. The most frequent purpuras. Primary immune thrombocytopenia and IgA vasculitis (Schönlein-Henoch purpura). *Pediatr Integral*. 2021;XXV(5):254-64. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2021/xxv05/06/n5-254-264_AureaCervera.pdf
8. Izquierdo C, Hirnyk M, Sánchez B, Castellano E. GEPTI recommendations for the diagnosis and treatment of immune thrombocytopenia. *Guía Medica*. 2023;97-248. Disponible en: https://prod.pro.novartis.com/es-es-es/sites/pro_novartis_com_es/files/2024-10/material_de_descarga_cta_guia_gepti_2023.pdf#page=97
9. Li Y, Wang X, Blau DM, Caballero MT, Feikin DR, Gill CJ, et al. Global, regional, and national disease burden estimates of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in children younger than 5 years in 2019: a systematic analysis. *Lancet*. 2022 May 28;399(10340):2047-64. Disponible en: <http://www.thelancet.com/article/S0140673622004780/fulltext>
10. Pratt MTG, Abdalla T, Richmond PC, Moore HC, Snelling TL, Blyth CC, et al. Prevalence of respiratory viruses in community-acquired pneumonia in children: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Child Adolesc Health*. 2022;6(8):555–70. Disponible en: <http://www.thelancet.com/article/S235246422200092X/fulltext>
11. Wang X, Li Y, Shi T, Bont LJ, Chu HY, Zar HJ, et al. Global disease burden of and risk factors for acute lower respiratory infections caused by respiratory syncytial virus in preterm infants and young children in 2019: a systematic review and meta-analysis of aggregated and individual participant data. *The Lancet*. 2024;403(10433):1241–53. Disponible en: <http://www.thelancet.com/article/S0140673624001387/fulltext>
12. Von Mollendorf C, Berger D, Gwee A, Duke T, Graham SM, Russell FM, et al. Aetiology of childhood pneumonia in low- and middle-income countries in the era of vaccination: a systematic review. *J Glob Health*. 2022;12:10009. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9305023/>

13. Woods CR, Bradley JS, Chatterjee A, Kronman MP, Arnold SR, Robinson J, et al. Clinical Practice Guideline by the Pediatric Infectious Diseases Society (PIDS) and the Infectious Diseases Society of America (IDSA): 2023 Guideline on Diagnosis and Management of Acute Bacterial Arthritis in Pediatrics. *J Pediatric Infect Dis Soc.* 2024;13(1):1–59. Disponible en: <https://academic.oup.com/jpids/article/13/1/1/7371295>
14. Chao Yue X, Zhi Hong X, Zhao Hua Z, H C, Чao Юе Ш, Б О, et al. The effectiveness of using prednisolone in children with community-acquired pneumonia. 2021;(4-1 (107)). Disponible en: <https://cyberleninka.ru/article/n/the-effectiveness-of-using-prednisolone-in-children-with-community-acquired-pneumonia>
15. Jahangir A, Zia Z, Niazi MRK, Sahra S, Jahangir A, Sharif MA, et al. Efficacy of Magnesium Sulfate in the Chronic Obstructive Pulmonary Disease Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Advances in Respiratory Medicine* 2022, Vol 90, Pages 125-133. 2022;90(2):125–33. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2543-6031/90/2/15>
16. Chee E, Huang K, Haggie S, Britton PN. Systematic review of clinical practice guidelines on the management of community acquired pneumonia in children. *Paediatr Respir Rev.* 2022;42:59–68. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526054222000069>
17. Bekele T, Lachisa L, Tsegaye A, Bacha K, Ketema T. Efficacy of Albendazole and Mebendazole Against Soil Transmitted Infections among Pre-School and School Age Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Epidemiol Glob Health.* 2024;14(3):884–904. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s44197-024-00231-7>
18. Chamberlain R. Hip Pain in Adults: Evaluation and Differential Diagnosis. *Am Fam Physician.* 2021;103(2):81–9. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2021/0115/p81.html>
19. Costa MI, Cipriano A, Santos F V., Valdoeiros SR, Furtado I, Machado A, et al. Clinical profile and microbiological aetiology diagnosis in adult patients hospitalized with community-acquired pneumonia. *Pulmonology .* 2022;28(5):358–67. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2531043720302464>

20. Miyashita N. Atypical pneumonia: Pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Respir Investig.* 2022;60(1):56–67. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212534521001775>
21. Aliberti S, Dela Cruz CS, Amati F, Sotgiu G, Restrepo MI. Community-acquired pneumonia. *The Lancet.* 2021 [;398(10303):906–19. Disponible en: <http://www.thelancet.com/article/S0140673621006309/fulltext>
22. Osman M, Manosuthi W, Kaewkungwal J, Silachamroon U, Mansanguan C, Kamolratanakul S, et al. Etiology, Clinical Course, and Outcomes of Pneumonia in the Elderly: A Retrospective and Prospective Cohort Study in Thailand. *Am J Trop Med Hyg.* 2021;104(6):2009. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8176510/>
23. Lopez F, Jimenez R, Ramirez C, Suarez Y. Proteinuria y síndrome nefrótico. *Scielo.* 2023;1–25. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232023000100021&script=sci_arttext&tlng=pt
24. Rovin BH, Adler SG, Barratt J, Bridoux F, Burdge KA, Chan TM, et al. KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the *Management of Glomerular Diseases.* *Kidney Int.*;100(4):S1–276. Disponible en: <http://www.kidney-international.org/article/S0085253821005627/fulltext>
25. Claudio P, Gabriella M. Nephrotic syndrome: pathophysiology and consequences. *Journal of Nephrology.* 2023;36(8):2179–90. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40620-023-01697-7>
26. Hu D, Li J, Zhuang Y, Mao X. Adrenocorticotrophic hormone: An expansion of our current understanding of the treatment for nephrotic syndrome. *Steroids.* 2021;176:108930. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0039128X21001422>
27. Rodriguez E, Reid J. Nephrotic Syndrome. *Pediatr Rev.* 2022;43(2):87–99. Disponible en: <https://publications.aap.org/pediatricsinreview/article-abstract/43/2/87/184656/Nephrotic-Syndrome>
28. Varghese R, Majumdar A. A New Prospect for the Treatment of Nephrotic Syndrome Based on Network Pharmacology Analysis. *Curr Res Physiol.* 2022;5:36–47. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2665944121000353>

29. Moris D, Paulson E, Pappas TN. Diagnosis and Management of Acute Appendicitis in Adults: A Review. *JAMA*. 2021;326(22):2299–311. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2787111>
30. Akbulut S, Koç C, Şahin TT, Şahin E, Tuncer A, Demyati K, et al. An investigation into the factors predicting acute appendicitis and perforated appendicitis. *Original Article*. 2021; Disponible en: https://jag.journalagent.com/travma/pdfs/UTD_27_4_434_442.pdf
31. Echevarria† S, Rauff† F, Hussain† N, Zaka H, Farwa U e, Ahsan N, et al. Typical and Atypical Presentations of Appendicitis and Their Implications for Diagnosis and Treatment: A Literature Review. *Cureus*. 2023;15(4):e37024. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10152406/>
32. Bom WJ, Scheijmans JCG, Salminen P, Boermeester MA. Diagnosis of Uncomplicated and Complicated Appendicitis in Adults. *Scandinavian Journal of Surgery*. 2021;110(2):170–9. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/14574969211008330>
33. Talan DA, Di Saverio S. Treatment of Acute Uncomplicated Appendicitis. *New England Journal of Medicine*. 2021;385(12):1116–23. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp2107675>
34. Chisum M, May A, Wang M, Hagen E, Weinsheimer R. Post operative pediatric appendicitis nurse-driven discharge: Patient outcomes and nursing perspectives. *The American Journal of Surgery*. 2021;221(4):850–5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002961020302038>
35. Ibrahim SH, Kamath BM, Loomes KM, Karpen SJ. Cholestatic liver diseases of genetic etiology: *Advances and controversies*. *Hepatology* 1 2022;75(6):1627–46. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hep.32437>
36. Pinon M, Kamath BM. What’s new in pediatric genetic cholestatic liver disease: Advances in etiology, diagnostics and therapeutic approaches. *Curr Opin Pediatr*. 2024;36(5):524–36. Disponible en: https://journals.lww.com/co-pediatrics/fulltext/2024/10000/what_s_new_in_pediatric_genetic_cholestatic_liver.7.aspx

37. Sharma S, Ahuja V. Liver Abscess: Complications and Treatment. *Clin Liver Dis (Hoboken)*. 2021;18(3):122–6. Disponible en: https://journals.lww.com/cld/fulltext/2021/09000/liver_abscess__complications_and_treatment.5.aspx
38. Kozielowicz DM, Sikorska K, Stalke P. Liver abscesses – from diagnosis to treatment. *Clin Exp Hepatol*. 2021;7(4):329–36. Disponible en: <https://www.termedia.pl/Liver-abscesses-from-diagnosis-to-treatment,80,45679,0,1.html>
39. Jindal A, Pandey A, Sharma MK, Mukund A, Vijayaraghavan R, Arora V, et al. Management Practices and Predictors of Outcome of Liver Abscess in Adults: A Series of 1630 Patients from a Liver Unit. *J Clin Exp Hepatol* 2021;11(3):312–20. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0973688320301523>
40. Kosi K, Kaczyńska K. Placental Syndromes—A New Paradigm in Perinatology. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022, Vol 19, Page 7392. 2022;19(12):7392. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/12/7392>
41. Dall’Asta A, Melito C, Morganelli G, Lees C, Ghi T. Determinants of placental insufficiency in fetal growth restriction. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2023;61(2):152. Disponible en: <https://openurl.ebsco.com/contentitem/doi:10.1002%2Fuog.26111?sid=ebsco:plink:crawler&id=ebsco:doi:10.1002%2Fuog.26111>
42. Wu FT, Chen CP. Too Much of a Good Thing: Updated Current Management and Perinatal Outcomes of Polyhydramnios. *J Med Ultrasound*. 2024;32(4):285–90. Disponible en: https://journals.lww.com/jmut/fulltext/2024/32040/too_much_of_a_good_thing__updated_current.1.aspx
43. Cappell KM, Kochenderfer JN. Long-term outcomes following CAR T cell therapy: what we know so far. *Nature Reviews Clinical Oncology*. 2023;20(6):359–71. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41571-023-00754-1>
44. Roofthoof E, Joshi GP, Rawal N, Van de Velde M, Joshi GP, Pogatzki-Zahn E, et al. PROSPECT guideline for elective caesarean section: updated systematic review and procedure-specific postoperative pain

- management recommendations. *Anaesthesia*. 2021;76(5):665–80. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/anae.15339>
45. Doumouchtsis SK, de Tayrac R, Lee J, Daly O, Melendez-Munoz J, Lindo FM, et al. An International Continence Society (ICS)/ International Urogynecological Association (IUGA) joint report on the terminology for the assessment and management of obstetric pelvic floor disorders. *International Urogynecology Journal*. 2022 [;34(1):1–42. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-022-05397-x>
 46. Silva RRL, Coutinho JFV, Vasconcelos CTM, Vasconcelos Neto JA, Barbosa RGB, B. Marques M, et al. Prevalence of sarcopenia in older women with pelvic floor dysfunction. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2021;263:159–63. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030121152100316X>
 47. Sanses T V.D., Pearson S, Davis D, Chen CCG, Bentzen S, Guralnik J, et al. *Physical performance measures in older women with urinary incontinence: pelvic floor disorder or geriatric síndrome*, 2021;32(2):305–15. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-020-04603-y>
 48. Espuña M. *Revista española sobre medicina del suelo. suelopelvico*. 2022;15(2):1–3. Disponible en: <https://revistasuelopelvico.com/wp-content/uploads/2022/09/105570-SUELO-PELVICO-152-editorial.pdf>
 49. Leyva F, Garcia M. Histerectomía vaginal convencional y vaginal asistida por laparoscopia en pacientes sin prolapso uterino. *Revista archivo medico de camaguey*. 2021;1–5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552021000300004&script=sci_arttext
 50. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata [Internet]. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; 1978 Sep 6-12; Alma-Ata, URSS. Washington: OPS. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>