

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA PROFESIONAL EN EL INTERNADO MÉDICO EN EL
CENTRO MÉDICO NAVAL CIRUJANO MAYOR SANTIAGO
TÁVARA 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL



PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

MARCO ANTONIO VILLANUEVA MORALES

MARÍA GUADALUPE MONTESINOS ROJAS

ASESOR

ROLANDO MARTIN VARGAS CHANG

LIMA - PERÚ

2024



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

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA
HUMANA**

**EXPERIENCIA PROFESIONAL EN EL INTERNADO MÉDICO
EN EL CENTRO MÉDICO NAVAL CIRUJANO MAYOR
SANTIAGO TÁVARA 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
MARCO ANTONIO VILLANUEVA MORALES
MARÍA GUADALUPE MONTESINOS ROJAS**

**ASESOR
MC ROLANDO MARTIN VARGAS CHANG**

**LIMA-PERÚ
2024**

JURADO

Presidente: EMMA MERCEDES HUAMANI DE LA CRUZ

Miembro: JEFREE TOVAR ROCA

Miembro: SANDRO YANICK CANO GAMARRA

DEDICATORIA

A mis padres y hermano, Liliana, Marco y Ricardo, por apoyarme a lo largo de la carrera universitaria

Marco Antonio Villanueva Morales

A mis padres y hermanos, por su apoyo incondicional y a Dios por darme la fortaleza y sabiduría para seguir adelante.

María Guadalupe Montesinos Rojas

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
I.1 Rotación en Cirugía General	1
I.2. Rotación en Pediatría	12
I.3. Rotación en Ginecología y Obstetricia	20
I.4. Rotación en Medicina Interna	30
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	40
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	41
1. Contraste de casos clínicos y guías de práctica clínica	41
2. Cirugía General	41
3. Rotación en Pediatría	44
4. Ginecología y Obstetricia	46
5. Medicina Interna	47
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	52
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	55
FUENTES DE INFORMACIÓN	56

RESUMEN

Objetivo: Relatar la vivencia y los conocimientos adquiridos durante la estancia hospitalaria. El trabajo de suficiencia profesional se llevó a cabo Durante los meses de abril 2023 - enero 2024 en el Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távora", donde se extrajeron los casos clínicos, priorizando las patologías más comúnmente atendidas, así también poder desarrollar la empatía y el buen trato frente al paciente. **Metodología:** Se describe la experiencia adquirida en el internado médico realizado en el Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távora", mediante 16 casos clínicos, 4 por cada rotación. **Resultados:** Tras la experiencia en el internado médico se logró aprender el manejo de enfermedades comunes, así como desarrollar conocimientos tanto teóricos como prácticos, que servirán en la vida profesional del futuro médico cirujano. **Conclusiones:** El internado médico es una de las etapas más importantes para establecer la base profesional de los futuros médicos; es el punto de partida para el desarrollo de habilidades y destrezas necesarias para brindar una atención médica de alta calidad en el futuro.

Palabras clave: Internado médico, casos clínicos, rotación, especialidades médicas

ABSTRACT

Objective: To describe the experience and knowledge acquired during the hospital stay. This paper of professional sufficiency was carried out during the months of April 2023 - January 2024 at the Centro Medico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távora", where clinical cases were obtained, prioritizing the most commonly treated pathologies, in order to develop empathy and good treatment to the patients. **Methodology:** The experience acquired during the medical internship at the Centro Medico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távora" is described by presenting 16 clinical cases, 4 for each rotation. **Results:** After the experience in the medical internship, it was possible to learn the management of common diseases, as well as to develop both theoretical and practical knowledge, which will be useful in the professional life of the future general physician. **Conclusions:** The medical internship is one of the most important steps in establishing the professional base of future physicians; it is the starting point for the development of skills and abilities necessary to provide high quality medical care in the future.

Keywords: medical internship, clinical cases, rotation, medical specialties

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA PROFESIONAL EN EL INTE
RNADO MÉDICO EN EL CENTRO MÉDICO
NAVAL CIRUJANO MAYOR SANTIAGO T
ÁV**

AUTOR

MARCO ANTONIO VILLANUEVA MORAL

RECUENTO DE PALABRAS

14383 Words

RECUENTO DE CARACTERES

79655 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

66 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

135.0KB

FECHA DE ENTREGA

Mar 19, 2024 9:36 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Mar 19, 2024 9:37 AM GMT-5

● **19% de similitud general**

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

- 19% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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

INTRODUCCIÓN

El último año de la carrera de Medicina Humana se conoce como Internado Médico, donde se aplican los conocimientos adquiridos durante los seis años previos. Por lo tanto, este puede ser considerado el año más importante de la carrera. Está compuesto por cuatro rotaciones principales: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Ginecología, que son las especialidades que los médicos generales deben manejar correctamente para brindar un buen servicio de salud rural y urbano marginal en el futuro.

Se sabe que la carrera de Medicina Humana es muy sacrificada y exigente, y los médicos concluyen que para ser buen profesional hay que estar bien preparado, lo cual se logra con mucho estudio y "estar al lado del paciente", lo cual se logra con un buen internado médico ⁽¹⁾.

Todo estudiante de medicina ha experimentado cambios significativos en su formación académica como resultado de la pandemia mundial de COVID-19. Sin embargo, el objetivo de la formación integral del médico sigue siendo el mismo. En años anteriores el internado médico se realizaba en un periodo de 12 meses, por la pandemia, esto se vio afectado reduciendo el internado médico a 10 meses.

Como internos, es fundamental aprender sobre cómo evaluar y manejar a los pacientes en diferentes servicios. Es crucial aplicar todo lo aprendido durante la carrera para fortalecer y adquirir conocimientos, corregir errores y demostrar la habilidad de cada uno en las diversas especialidades médicas. El internado médico se realizó en un periodo de 10 meses, empezando el 1 de abril de 2023 hasta el 31 de enero de 2024.

El presente trabajo de suficiencia describe 16 casos clínicos que aportan mucho conocimiento a los futuros internos. Algunos de los casos fueron interesantes debido a su poca frecuencia, mientras que otros fueron elegidos porque los observamos diariamente en la práctica médica.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

Como Internos de medicina rotamos por diferentes áreas como: Pediatría, Neonatología, Ginecología, Medicina Interna, Cirugía, Traumatología y Urología. Se aplican los conocimientos adquiridos durante la formación académica a lo largo de los años previos y se emplean en este último año de la carrera médica.

A continuación, se expondrán 16 casos clínicos recopilados durante el internado médico en el Hospital Centro Médico Naval "CMST", abarcando las 4 rotaciones fundamentales del internado médico cuyo periodo se dio durante el 2023 - 2024.

I.1 Rotación en Cirugía General

Caso clínico n.º 1

Paciente varón de 71 años, procedente de Lima, acude al servicio de Cirugía General, refiriendo tiempo de enfermedad de aproximadamente 15 meses caracterizado por presentar masa que protruye al esfuerzo y actividades diarias por cicatriz umbilical, que a la vez reduce espontáneamente. Con el transcurso del tiempo, paciente menciona que masa aumenta de tamaño, dificultando su reducción y asociándose a dolor esporádico.

Antecedentes

Paciente refiere presentar hiperplasia benigna de próstata hace 10 años, en tratamiento con tamsulosina; niega presentar antecedentes quirúrgicos; como también menciona presentar alergia medicamentosa a la penicilina.

Funciones vitales

- T: 36,8°C
- FC: 80 lpm
- FR: 16 rpm
- PA: 110/70 mmHg
- SatO₂: 97 % FiO₂: 0,21

Examen físico

Se evalúa a paciente, de manera general: Aparente regular estado general, buen estado de hidratación, buen estado de nutrición.

- Peso: 65 kg; Talla: 1,62 cm; IMC: 24.8
- Piel y mucosa: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos. No cianosis, no ictericia
- TCSC: No edemas en MMSS y MMII
- TyP: Amplexación conservada, no uso de músculos accesorios, murmullo vesicular pasa bien en ACP, patrón respiratorio eupneico, no ruidos agregados
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Móvil a la respiración, se evidencia masa de aproximadamente 3 x 3 cm que protruye por cicatriz umbilical, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación. Se palpa a nivel de cicatriz umbilical masa de 3 x 3 cm, que protruye a la maniobra de Valsalva, reductible, ligero dolor a la palpación. Sonoridad conservada.
- GU: PPL negativo, PRU negativo, micción espontánea.
- SNC: LOTEPE, ECG 15/15 (respuesta ocular: 4, respuesta verbal: 5 y respuesta motora: 6, obedece órdenes y no signos de focalización.

Diagnósticos presuntivos

Posterior a la evaluación del paciente, se expone los posibles diagnósticos

- Masa umbilical: Hernia umbilical
- HBP por antecedente patológico

Plan de trabajo

Con la información expuesta, correcta historia clínica y examen físico, se plantea el manejo del paciente, mencionando que antes del ingreso, fue evaluado por consultorio de cirugía general, anticipando examen de laboratorios y riesgos prequirúrgicos; por ende, el paciente acude al servicio para realizarse cirugía electiva. Se plantea el plan quirúrgico: Hernioplastia vs

herniorrafía, siendo este definido en el acto quirúrgico, posterior a verificar el tamaño del anillo herniario.

El paciente ingresa a sala de operaciones un día después del ingreso a hospitalización, previa a la cirugía, se indica antibiótico profiláctico cefazolina 2 gramos ev STAT 30 minutos antes. Se realiza herniorrafía técnica Stone por hernia umbilical no complicada. Paciente cursa su post operatorio sin complicaciones, tolerancia por vía oral, deambulación, y dolor mínimo en sitio operatorio. Al examen físico: Abdomen móvil a la respiración, simétrico, herida operatoria afrontada, sin signos de flogosis, cubierto de apósito con leve rastros de sangre, RHA (+) de buena intensidad, tono y frecuencia, no se palpan masas, no visceromegalia. No dolor a la palpación abdominal. Paciente fue dado de alta a los dos días de su cirugía, con indicaciones para su recuperación en domicilio; a la vez, se indica control y retiro de puntos por consultorio en 7 días.

Caso clínico n.º 2

Paciente de sexo femenino de 61 años, procedente de La Perla, ingresa al servicio de Cirugía General con tiempo de enfermedad de 11 meses, de inicio insidioso y curso progresivo, caracterizado por presentar cuadro de dolor abdominal agudo tipo cólico en hipocondrio derecho, asociado a vómitos de contenido alimentario en 3 oportunidades, motivo por el cual acudió a centro médico particular donde se manejó sintomatología. Hace 1 mes antes del ingreso dolor incidió en mismo sitio, de intensidad 7/10 tipo cólico asociado nuevamente a vómitos en 2 oportunidades, niega fiebre, niega ictericia, en dicha oportunidad acudió a Emergencia de Centro Médico Naval, donde se maneja el dolor; a la misma vez, se realiza ecografía abdominal, donde se evidencia litiasis vesicular, motivo por el cual, programan a la paciente para cirugía electiva.

Antecedentes

Paciente refiere no presentar enfermedades crónicas. Como antecedentes quirúrgicos paciente refiere cesárea anterior hace 25 años y apendicectomía

en el 2017. Niega medicación habitual, niega reacción adversa a medicamentos.

Funciones vitales

- T: 36,0°C
- FC: 89 lpm
- FR: 19 rpm
- PA: 120/70 mmHg
- SatO₂: 96 % FiO₂: 0,21

Examen Físico

Se examina a paciente, esta ingresa con: AREG, AREH, AREN

- Peso: 69 kg; Talla: 1,60 cm; IMC: 27
- Piel y mucosa: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos. No cianosis, no ictericia
- TCST: No edemas en MMSS y MMII
- TyP: Amplexación conservada, no uso de músculos accesorios, murmullo vesicular pasa bien en ACP, patrón respiratorio eupneica, no ruidos agregados
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Móvil a la respiración, no distendido. RHA presentes de buen tono, intensidad y frecuencia, blando, depresible, Murphy negativo, ligero dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho, no signos peritoneales. Sonoridad conservada
- GU: PPL negativo, PRU negativo, micción espontánea.
- SNC: LOTEPE, ECG: 15/15, colaboradora

Diagnósticos presuntivos

1. Colecistitis crónica calculosa
2. Sobrepeso

Plan de trabajo

Como se mencionó en el relato de la historia, paciente ingresa para cirugía electiva, antes del ingreso se solicitó exámenes prequirúrgicos y riesgos

cardiológico y neumológico, siendo los resultados sin alteraciones. De la misma forma la ecografía abdominal informa: Vesícula biliar de paredes de 2.3 mm, conteniendo litos de 19 y 17 mm ubicados en bacinete, medidas de 55 x 31 mm de diámetro; colédoco de 6 mm, y vena porta de 10 mm. Con dichos resultados, se programó cirugía para el día siguiente; se realiza a paciente colecistectomía laparoscópica convencional técnica americana sin complicaciones.

Paciente cursa su post operatorio sin interurrencias, con buena tolerancia oral, adecuado manejo del dolor y deambulaci3n. Fue dada de alta 2 d3as post cirug3a, dejando indicaciones y recomendaciones de dieta; a la misma vez, se cita a la paciente para control y retiro de puntos en 7 d3as por consultorio externo de cirug3a general.

Caso cl3nico n.º 3

Se trata de un paciente var3n de 29 a3os, natural y procedente de Lima, que acude a consultorio externo de cirug3a general por antecedente de un absceso anorrectal hace un mes, el cual fue drenado en el t3pico de Emergencia de Cirug3a de este hospital. Actualmente paciente refiere notar dos peque3os agujeros en zona de drenaje por donde drena sangre y l3quido blanquecino con mal olor, adem3s de presentar dolor en regi3n perianal de intensidad 7/10, tumefacci3n y limitaci3n para la marcha. Menciona adem3s que dicho dolor se incrementa al evacuar. Niega n3useas, v3mitos y sensaci3n de alza t3rmica.

Antecedentes

- Depresi3n diagnosticada hace 3 a3os en tratamiento
- COVID-19 leve, de manejo ambulatorio en el 2020.
- Niega diabetes mellitus, hipertensi3n arterial y RAMS.

Al examen f3sico

Funciones vitales

- FC: 80x'
- FR: 20x'

- PA: 125/65
- T°: 37°C
- SatO2: 99 %

Aspecto general: Paciente AREG, AREN, AREH.

- Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos.
- TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.
- CV: Ruidos cardíacos rítmicos y de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Móvil a la respiración, ruidos hidroaéreos presentes, propulsivos, de adecuada frecuencia e intensidad. Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- GU: PPL y PRU negativos. En zona perianal se aprecian orificios fistulosos con secreción seropurulenta en radio 6 y 9 con el paciente en posición genupectoral. La fístula en radio 6 presenta sangrado activo.
- SNC: Paciente despierto, LOTEP, ECG 15/15.

Diagnósticos presuntivos

1. Fístula perianal
2. Absceso perianal recidivante
3. Quiste pilonidal

Considerando los mencionados diagnósticos presuntivos, se plantea el siguiente **plan de trabajo**

- Hemograma completo
- Ecografía de partes blandas región anorrectal
- RMN pélvica
- Proctoscopia
- Programación de SOP según hallazgos

Teniendo los siguientes **resultados**

- Hemograma:
- Hemoglobina: 14.1 g/dl
- Hematocrito: 40 %

- Leucocitos: 9320 x mm³
- Abastionados: 6 %
- Segmentados: 0 %
- Plaquetas: 430 000 x mm³
- Ecografía de partes blandas región anorrectal: al examen impresiona trayecto fistuloso de aproximadamente 8 centímetros.
- RMN pélvica: se observa fístula transesfinteriana asociado a absceso y cambios inflamatorios dentro de la fosa isquioanal izquierda, correspondiente al grado 4 de St. James.
- Proctoscopia: se aprecia morfología conservada, no tumores en luz anorrectal. Se observa orificio fisultoso a 4 cm de la apertura anal.

Diagnósticos definitivos

1. Fístula perianal transesfinteriana
2. Síndrome ansioso-depresivo en tratamiento por historia clínica

Se programó al paciente para una fistulotomía, la cual consiste en un corte a lo largo del trayecto fistuloso para posteriormente colocar un setón, un hilo quirúrgico que se coloca dentro de la fístula para mantenerla abierta y que se tracciona progresivamente durante semanas o meses y permite la adecuada cicatrización.

El paciente fue dado de alta al día siguiente de la intervención quirúrgica habiendo explicado signos de alarma y con las siguientes indicaciones médicas:

- Metronidazol 500 mg: 1 tableta cada 8 horas por 5 días
- Ketorolaco 100 mg: 1 tableta PRN dolor
- Quetiapina 200 mg: ¼ de tableta cada 24 horas (noche)
- Clonazepam 2 mg: ½ tableta en las mañanas y 1 tableta en la noche
- Levomepromazina 100 mg: ¼ tableta cada 24 horas (noche)
- Curaciones diarias con agua y jabón
- Baños de asiento cada 8 horas
- Control por consultorio externo de cirugía general para tracción de setón.

Caso clínico n.º 4

Se trata de un paciente varón de 85 años, con las iniciales JDG, de ocupación militar, que ingresa al hospital por el servicio de Gastroenterología con un tiempo de enfermedad de 4 meses. Refiere que desde septiembre del 2022 presenta distensión abdominal, hiporexia, dolor abdominal y dificultad para defecar. Además, menciona que los síntomas empeoran con la ingesta de alimentos, y que ha bajado de peso aproximadamente 15 kilos. Se realiza una colonoscopia previa al ingreso al servicio de Cirugía General donde se observa obstrucción intestinal.

Antecedentes

- Enfermedad diverticular sigmoidea
- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus tipo 2
- Amigdalectomía a los 18 años
- Niega RAMS

Funciones biológicas

- Apetito: Disminuido
- Orina: Espontánea, sin alteraciones
- Sueño: Interrumpido por dolor abdominal
- Sed: Conservada
- Deposiciones: Episodios de estreñimiento
- Peso: Disminución de 15 kilos

Al examen físico

Funciones vitales

- FC: 90 x'
- FR: 20 x'
- T°: 36.5°C
- PA: 130/90

Aspecto general: Paciente en aparente buen estado general, aparente regular estado de hidratación, aparente regular estado de nutrición.

- Piel: Tibia, hidratada, elástica. No se evidencia ictericia, palidez leve.
- Linfáticos: No adenopatías.
- Cabeza: Normocéfalo, ojos simétricos, sin secreciones, fosas nasales permeables, mucosa oral húmeda.
- Cuello: Cilíndrico, tráquea medial, no adenopatías.
- TyP: Tórax simétrico, amplexación conservada. Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- CV: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, ni ingurgitación yugular.
- Abd: Móvil a la respiración, ligeramente distendido. Ruidos hidroaéreos presentes, propulsivos, aumentados en intensidad y frecuencia. Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. No masas, no visceromegalia.
- GU: PPL y PRU negativos
- SNC: Paciente despierto, LOTEP, ECG 15/15.

Diagnósticos presuntivos

1. Síndrome doloroso abdominal
2. Síndrome constitucional
3. Lesión de sigmoides: D/c Enfermedad inflamatoria intestinal vs neoplasia maligna
4. Enfermedad diverticular de sigmoides por historia clínica
5. Enfermedad hemorroidal por historia clínica

Exámenes auxiliares

Laboratorio

- Hemoglobina: 11.6 g/dl
- Hematocrito: 36 %
- Leucocitos: 4510 x mm³
- Plaquetas 386 000 x mm³
- Tiempo de sangría: 3 minutos
- Tiempo de coagulación: 7 minutos
- TP: 14.7 segundos
- INR: 1.11

- Proteínas totales: 6.9 g/dl
- Albúmina sérica: 4.03 g/dl
- Urea: 41.8 mg/dl
- Creatinina: 0.98 mg/dl
- Glucosa: 91 mg/dl

Imágenes

Colonoscopia:

- Sigmoides: se progresa hasta 70cm del margen anal, se observa mucosa irregular que estenosa la luz del colon en un 100%. Se toman biopsias.
- Ano: Paquetes hemorroidales congestivos que no sobrepasan línea pectínea.
- Diagnósticos: Estenosis de sigmoides a d/c EII vs NM vs TBC; enfermedad hemorroidal: H. internas GI.

TAC tórax-abdominopélvica C/C

En el colon se observa engrosamiento mural multifocal, concéntrico y simétrico entre el ciego, colon ascendente (longitud aproximada: 10 cm); y en el ángulo esplénico (longitud aproximada: 11 cm); y en menor medida en el sigmoides (longitud aproximada: 11 cm), en este último segmento se aprecian algunas formaciones diverticulares dispersas, sin signos de neumoperitoneo agregado.

Conclusiones

- Colon con engrosamiento mural concéntrico y simétrico multifocal, según descripción, sugestivo de Enfermedad intestinal inflamatoria como primera posibilidad, se sugiere endoscopia.
- Enfermedad diverticular del colon sigmoides
- Líquido libre en escasa cantidad
- Hiperplasia prostática.

Paciente ingresa al servicio de Cirugía General con los siguientes **diagnósticos**

1. Obstrucción intestinal

2. Estenosis de sigmoides
3. Enfermedad diverticular de sigmoides
4. Hipertensión arterial por historia clínica
5. Diabetes Mellitus tipo 2 por historia clínica
6. Tabaquismo crónico

Paciente es intervenido quirúrgicamente el 25/04/2023: Laparoscopia exploratoria convertida + hemicolectomía izquierda + anastomosis laterolateral isoperistáltica transverso-sigmoidea + 2 DPR por tumoración sigmoidea.

Hallazgos operatorios

1. Tumoración de 4 cm en colon descendente en unión con colon sigmoides
2. No se evidencian adenopatías mayores ni metástasis
3. La tumoración no impresiona sobrepasar la serosa
4. DPR derecho: Fondo de saco rectovesical
5. DPR izquierdo: Parietocólico izquierdo.

Posoperatorio

Al segundo día se inicia NPP, al quinto día el paciente presenta pico febril de 38.2°C, que remite con metamizol y medios físicos. Ese mismo día se inicia la tolerancia oral.

Al PO7 se aprecia que el contenido de las bolsas colectoras de los DPR cambia de seroso a intestinal, por lo que al día siguiente se realiza una TEM toracoabdominal con contraste que concluye: Neumoperitoneo adyacente a hemicolectomía izquierda, líquido libre en cavidad asociado a neumobilia y efusión pleural bilateral. Se añade un nuevo diagnóstico: Sepsis de punto de partida abdominal por dehiscencia de anastomosis intestinal.

Al PO9 se inicia NPT, dos días después el contenido de las bolsas vuelven a ser serosos.

Al PO14 se inicia tolerancia oral solo con agua de anís en pequeños sorbos, el paciente no presenta molestias. Tres días después se indica dieta líquida clara, sin náuseas ni vómitos.

Resultados de anatomía patológica

Colon izquierdo, pieza quirúrgica

- Adenocarcinoma tubular papilar moderadamente diferenciado asociado a adenoma
- Neoplasia infiltra toda la pared hasta la serosa
- Invasión peritoneal: Presente
- Permeación linfoscavular: Presente
- Borde proximal y distal libres
- Borde del mesocolon libre
- Tejido no neoplásico: Enfermedad diverticular
- Meso libre
- 02 ganglios comprometidos de 16 evaluados
- Estadiaje: Pt4A N1a

Al PO21 se inician tactos rectales estimulatorios dos veces al día ya que el paciente no podía realizar deposiciones sólidas, tres días después se indica sondaje rectal dos veces al día por sospecha de estenosis de la anastomosis, lo cual ayudó al paciente a realizar deposiciones y eliminar flatos.

El día 02/06/2023 el paciente es dado de alta al PO37, hemodinámicamente estable, afebril, tolerando vía oral, deambulando sin dificultad, canalizando flatos y realizando deposiciones sólidas. Con indicaciones médicas y control por consultorio externo de cirugía general y oncología.

I.2. Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º 5

Acude a la emergencia pediátrica del Centro Médico Naval, escolar de sexo femenino de 6 años con iniciales CPD, en compañía de su madre, quien refiere tiempo de enfermedad de 3 días, inicio insidioso y curso progresivo,

caracterizado porque menor presenta tos con expectoración amarillenta, secreción nasal de coloración verdosa y fiebre cuantificada en 39°C en 2 oportunidades, refiere haberle dado paracetamol 12.5 ml sin mucha mejoría clínica; hace 5 horas aproximadamente, nota que su hija se encuentra más agitada, agregando dolor de garganta al cuadro.

Antecedentes

Madre refiere que su hija no presenta enfermedades crónicas, refiere que último cuadro respiratorio fue en octubre del 2023, donde lo nebulizador. A la vez, menciona que presenta alergia a las sulfas. Niega otros antecedentes.

Funciones vitales: FC: 135 x', FR: 20 x', T°: 36.2 °C, PA: 115/80 mmHg, SatO2: 97 %.

Examen físico

Al ingreso la menor se encuentra irritable, se evidencia ligera agitación, buen estado de hidratación, buen estado de nutrición.

- Peso: 28 kg
- Piel y mucosas: Tibia, húmeda, elástica. Mucosas húmedas. Llenado capilar <2 segundos.
- Cabeza y cuello: Cráneo normocéfalo, no lesiones. Ojos simétricos, no secretores. Fosas nasales permeables, secreción leve. Oídos normo-implantados, CAE permeable, no se observan secreciones. Orofaringe congestiva, eritematosa, no se observan placas. Cuello móvil, tráquea central. No se observan masas. No se palpan la tiroides, adenopatías ni tumoraciones.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa por ACP, disminuido en HTD, sibilantes espiratorios, subcrépitos, espiración prolongada
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, regulares, de buena intensidad. No se auscultan soplos
- Abdomen: Plano. RHA (+), B/D, no doloroso a la palpación.
- Aparato genitourinario: PPL (-), PRU (-). Genitales adecuado para edad y sexo

- Examen neurológico: Paciente despierto, irritable, conectado con su entorno, colabora parcialmente con la evaluación.
- Extremidades: Moviliza 04 extremidades, reflejos osteotendinosos (+)

Diagnóstico diferencial

1. Crisis asmática moderada
2. Neumonía adquirida en la comunidad
3. Infección respiratoria aguda

Plan de trabajo

Luego de la historia clínica y examinar a la menor, se decide hospitalizar para manejo adecuado y observación, previo al ingreso a sala 1-5, se solicita exámenes de laboratorio: hemograma, urea/creatinina, PCR, PCT; también, radiografía de tórax, y equipo de nebulización.

Los resultados de laboratorio informan: Hemograma: Leucocitosis 21020, resto de hemograma sin alteraciones; glucosa: 167 mg/dl; PCR: 16.46 mg/L; PCT: 0.21 ng/mL, urea en 30.0 mg/dl y creatinina en 0.63 mg/dl. Por otro lado, la radiografía no mostró signos de consolidación.

Con los exámenes de laboratorio y radiografía de tórax se concluyen

Diagnósticos definitivos

1. Crisis asmática moderada
2. Infección de vías respiratorias.

Ya en sala de hospitalización pediátrica se deja indicaciones: Dieta blanca + líquidos a voluntad, vía salinizada, nebulizaciones con salbutamol 15 gotas + suero fisiológico 5 cc cada 3 horas, bromuro de ipratropio 3 puff cada 6 horas y budesonida 20 mg 1 puff cada 12 horas por aerocámara, ceftriaxona 1,4 g ev cada 12 horas lento y diluido, metamizol 750 mg ev condicional a temperatura > 38°C cada 8 horas, hidrocortisona 90 mg ev cada 8 horas; por último, control de funciones vitales, observación de signos de alarma y balance hídrico.

Seguimiento

Paciente presenta evolución favorable. Se suspendió la hidrocortisona EV y se indicó metilprednisolona 28 mg ev cada 6 horas. Se envió una interconsulta a UFC, quienes modificaron la dosis de ceftriaxona a 75 mg/kg/día cada 12 horas por 5 días, además de sugerir toma de hemocultivos I y II. Se observó mejoría clínica a los 4 días de tratamiento, no presentó más picos febriles ni episodios de dificultad respiratoria. La paciente fue dada de alta al completar su tratamiento antibiótico. Los hemocultivos resultaron negativos.

Caso clínico n.º 6

Paciente escolar de sexo femenino de 13 años, procedente del Callao, acude a emergencia en compañía de su mamá, quien refiere que desde el día de hoy presentó vómitos en 4 oportunidades de contenido alimentario y posterior contenido sialorreico asociado a escalofríos, añadiendo deposiciones líquidas 1 vez. Niega fiebre. No refiere otra sintomatología.

Antecedentes

Familiar no refiere antecedente de importancia. Niega RAMS.

Funciones biológicas

- Apetito: Disminuido
- Orina: Disminuido en frecuencia y volumen
- Deposiciones: Líquidas
- Sueño: Conservado

Funciones vitales: FC: 85 x', FR: 20 x', T°: 37,1°C, SatO2: 98 %

Examen físico

La paciente ingresa con regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación.

- Peso: 57 kg, Talla: 1.60 cm, IMC: 22.3
- Piel: T/H/E. Llenado capilar < 2", no palidez, mucosas secas, no cianosis, no ictericia, ni edemas. Tejido celular subcutáneo de adecuada distribución.
- Sistema linfático: No se palpan linfadenopatías.

- Osteomioarticular: Moviliza las 4 extremidades.
- Cabeza y cuello: Cuello cilíndrico móvil a la deglución.
- Mamas: Simétricas, blandas, depresibles, no dolorosas a la palpación, no masas.
- TyP: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados
- CV: RCR de buena intensidad e intensidad, no soplos.
- Abdomen: B/D, RHA aumentado, no doloroso a la palpación superficial ni profunda
- GU: PPL (-), PRU (-)
- Genitales externos: Sin alteraciones, adecuados para edad y sexo
- Neurológico: Despierta, colaboradora, LOTEPE, Glasgow 15/15, no focalización ni signos meníngeos.

Diagnósticos presuntivos

1. Gastroenteritis aguda: D/c deshidratación moderada

Plan de trabajo

Lo primero que se pidió al tratarse de un GECA fue hemograma y electrolitos, para corroborar si hay deshidratación. En los resultados de la paciente, no informa resultados patológicos; sin embargo, debido al número de vómitos, al no tener tolerancia oral y clínica de la paciente con signos de mucosa oral seca y disminución de la diuresis se cataloga como una Deshidratación leve; por tal motivo, se deriva a observación.

Como **manejo** se indica hidratación endovenosa con NaCl 0.9 % 1000 ml ev STAT; también, se administra dextrosa al 5% 1000 ml + ClNa 20 % 40 ml y ClK 20 % 10 ml en 100 cc/ hora. Asimismo, se añade ranitidina 50 mg ev cada 8 horas en conjunto con dimenhidrinato 50 mg ev condicional a náuseas y/o vómitos; finalmente, metamizol 1 g ev condicional $T^{\circ} > 38^{\circ}\text{C}$ medios físicos y reposición de volumen con solución al medio normal.

Posterior a las 2 horas, se reevalúa y monitoriza a la menor, indagando en su diuresis y tolerancia de líquidos. La paciente presentó mejoría clínica al paso de las horas, pudo tolerar vía oral; por lo que, se brinda manejo ambulatorio que consta de: Ingesta de líquidos apropiados a tolerancia, dieta blanda e ir

escalando; así también, explicamos a la madre que observe los signos de alarma.

Caso clínico n.º 7

Paciente masculino, lactante de 2 años, acude a tópico de emergencia pediátrica acompañado de su madre, quien refiere que hace 2 días, menor hijo presenta picos febriles de 38.5°-39°C, intermitentes y acompañados de malestar general e irritabilidad. Hace un día se evidencia la aparición de lesiones vesiculares en boca, manos y pies, que, al romperse, forman úlceras dolorosas. Además, el niño ha perdido el apetito y se niega a ingerir alimentos sólidos debido al dolor en la boca. Al interrogatorio la madre comenta que en la guardería a la que acude su hijo se han reportado casos similares.

Funciones biológicas

- Apetito: Disminuido por dolor al ingerir alimentos sólidos
- Sed: Conservada
- Deposiciones: Conservadas, Bristol 4
- Sueño: Conservado

Antecedentes

- Vacunas completas para edad
- Desarrollo psicomotor apropiado para edad
- RAMS: Niega
- No hospitalizaciones previas
- Ningún antecedente familiar de importancia

Al examen físico

Peso: 12.6 kg

Funciones vitales: FC: 120 x', FR: 23x', T°: 38.5°C, SatO2: 99 %

- Aspecto general: AREG, AREH, AREN
- Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos. Se aprecia presencia de vesículas y úlceras distribuidas en palmas de las manos, plantas de los pies y en cavidad oral.

- TyP: Tórax simétrico, amplexación conservada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.
- CV: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Móvil a la respiración. Ruidos hidroaéreos presentes, propulsivos. Blando, depresible, paciente no irritable a la palpación.
- GU: Genitales externos adecuados para la edad y el sexo.
- SNC: Paciente despierto, reactivo a los estímulos, conectado con el entorno.

Diagnósticos presuntivos

1. Mano-pie-boca
2. Herpangina
3. Varicela
4. Infección por herpes simple

Plan de trabajo

Se solicita hemograma completo y PCR para enterovirus. Además, se debe indicar tratamiento sintomático para la fiebre y el dolor.

Se reciben los siguientes resultados

- Hemoglobina: 14.5 g/dl
- Hematocrito: 48 %
- Leucocitos: 165 000 x mm³
- PMN: 85 %
- Plaquetas: 220 000 x mm³
- PCR para enterovirus: Positivo

Diagnóstico definitivo

Dada la presentación clínica característica de este paciente, que incluye irritabilidad, picos febriles y las vesículas en manos, pies y boca, se define el diagnóstico de: Enfermedad mano-pie-boca.

Se da de alta al paciente con el siguiente tratamiento sintomático:

1. Paracetamol jarabe 7.8 ml cada 6 horas por 3 días

2. Gingivona en cavidad oral cada 2 horas
3. Dieta blanda
4. Hidratación adecuada
5. Paciente debe ser aislado para evitar el contagio a niños sanos.

Caso clínico n.º 8

Neonato de 3 días de vida, es llevado a emergencia por sus padres por presentar movilidad disminuida en brazo izquierdo, acompañado de irritabilidad y llanto persistente a la movilización de dicho miembro.

Antecedentes

- Recién nacido a término de 40 semanas, AEG
- Apgar 9-9
- Parto eutócico en presentación podálico, sin complicaciones.
- Vacunación BHCG, HVB
- Tamizaje neonatal completo
- Ningún antecedente familiar de importancia.

Examen físico

Peso: 3200 gramos

Funciones vitales: FC: 130 x', FR: 36 x', T°: 36°C, SatO2: 99 %

- Aspecto general: Paciente AREG, AREH, AREN, despierto
- Piel: Tibia, hidratada, elástica, mucosas hidratadas, no ictericia, no cianosis, llenado capilar menor de 2 segundos.
- TyP: Tórax simétrico. Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares.
- CV: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Móvil a la respiración. Ruidos hidroaéreos presentes, propulsivos. Blando, depresible, no irritable a la palpación.
- GU: Genitales externos adecuados a edad y sexo.
- SNC: Paciente despierto, reactivo a estímulos,
- SOMA: Se evidencia asimetría y deformidad a nivel del tercio medio de clavícula izquierda, dolor y llanto a la movilización del miembro superior izquierdo.

Diagnósticos presuntivos

1. Fractura de clavícula
2. Lesión de plexo braquial
3. Luxación de articulación del hombro

Plan de trabajo

Se solicita una radiografía de clavícula comparativa y de hombro izquierdo, donde se observa un trazo de fractura a nivel de tercio medio de clavícula izquierda sin desplazamiento, resto de estructuras sin alteraciones.

Diagnóstico definitivo

1. Fractura de clavícula izquierda

Se realizó una interconsulta al servicio de Traumatología quien indicó inmovilización del brazo afectado mediante un vendaje en ocho, además de analgesia: Paracetamol 0.5ml en gotas cada 6 horas por 3 días y seguimiento por el servicio de pediatría y el de cirugía ortopédica y traumatología para valorar consolidación de la fractura.

I.3. Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 9

Paciente mujer de 37 años, procedente de La Victoria, acude al servicio de Ginecología con resultados de biopsia previamente tomados que informa lesión NIC 1. Paciente refiere que presenta tiempo de enfermedad de aproximadamente 3 años, tipo de inicio insidioso y curso crónico, mencionando en uno de sus exámenes ginecológicos anuales se evidenció lesión cervical que compromete el 70% de área; motivo por el cual, deciden programar cirugía de resección de lesión.

Antecedentes

Paciente niega padecer patologías crónicas; sin embargo, menciona que presentó cuando de ITU hace 4 años. Niega antecedentes quirúrgicos; notifica alergia a la penicilina.

Gineco-obstétricos: G3P3003; menarquia a los 11 años; régimen catamenial 5 - 6 / 28 días; FUR: 28-04-2023; refiere como método anticonceptivo: Preservativo; PAP: 2023, resultado NIC 1. Primera RS a los 18 años; NPS: 5; niega dispareunia, niega leucorrea.

Funciones vitales: FC: 72 x' FR: 20 x' T°: 36.8 °C SatO2: 98 %. PA: 100/60 mmHg

Examen físico

Se evalúa a paciente al ingreso de sala de hospitalización: AREG, AREN, AREH

- Peso: 65 kg; Talla: 1.67 m; IMC: 23.3
- Piel y mucosas: T/H/E Llenado capilar < 2", no cianosis, no edemas.
- Tejido celular subcutáneo: Panículo adiposo adecuado.
- Sistema linfático: No adenopatías palpables.
- Osteoarticular: Tono y trofismo muscular conservado, CA permeable.
- Cabeza y cuello: Simétrica, sin lesiones, no masas palpables
- Mamas: Simétricas, blandas, no dolorosas a la palpación, no masas, no secretoras.
- Tórax y Pulmones: MV pasa bien en ACP, no estertores, no tirajes.
- Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- Genito Urinario: PPL (-), PRU (-).
- Especuloscopia: Vagina: Mucosa normal. Cérvix: Eritematoso, ulcerado al 70% TV: Pelvis: Ginecoide. Vagina: Elástica. Cérvix: Móvil. Útero: Móvil. Anexos: No dolorosos. Parámetros: Libres. Fondo de saco: Libre
- Neurológico: LOTEPE, Gw 15, no signos meníngeos, ni de focalización.

Diagnósticos presuntivos

1. Lesión intraepitelial de bajo grado - NIC 1
2. Cervicitis crónica

Plan trabajo

Como relatamos, la paciente ingresa por cirugía programada debido a resultado de biopsia previamente realizada; el procedimiento quirúrgico a llevarse a cabo es: Resección con Asa LEEP + sedación. La paciente asiste con exámenes prequirúrgicos y riesgo cardiológico; estos, no reportan alguna alteración; a su vez, los resultados de los exámenes previos detallan:

- PAP: Lesión escamosa de bajo grado (LEI BG)
- Colposcopia: Lesión de grado menor o grado 1
- Biopsia: Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (NIC-1) focal.
Cervicitis crónica con cambios coliciticos

Se realiza el procedimiento al día siguiente de su hospitalización sin presentar alguna complicación; su evolución fue favorable, y se dispone el alta al día siguiente del procedimientos con indicaciones para su domicilio: Doxiciclina 100 mg vo cada 12 horas por 5 días, ibuprofeno 10 g cada 8 horas por 5 días. Finalmente, se deja recomendaciones y control por consultorio externo de ginecología en 7 días.

Caso clínico n.º 10

Paciente de sexo femenino de 42 años, procedente de Chorrillos, acude a emergencia del servicio Ginecología, derivada de consultorio de Obstetricia, mencionado que se solicita evaluación con monitoreo fetal; paciente al ingreso notifica examen de BHCG con fecha 10/05/23, donde se observa un descenso de esta; así también, menciona que tiene ecografía TV de fecha 12/05/23 concluyendo: Gestación no evolutiva vs. aborto incompleto.

Al interrogatorio, la paciente niega presentar fiebre, sangrado, niega dolor, náuseas y vómitos.

Antecedentes

Paciente niega presentar antecedentes patológicos, niega reacción medicamentosa, referente a sus antecedentes quirúrgicos, cuenta con una cirugía en el 2020 por una cesárea

Gineco-obstétricos: G2 P1001; refiere menarquia a los 11 años, un régimen catamenial 2/28, FUR: 13/03/23, NIEGA método anticonceptivo, PAP: 15/03/23 con resultado negativo, primera RS a los 28 años, NPS: 3 refiere leucorrea, niega dispareunia

Funciones vitales: AREG, AREN, AREH.

FC: 103 x' FR: 20 x' T°: 36.7 °C SatO2: 98 %. PA: 100/60 mmHg Peso: 66 kg
Talla: 1.59 m IMC: 26.1

Examen físico

- Piel y mucosas: T/H/E Llenado capilar < 2", no cianosis, no palidez.
- Tejido celular subcutáneo: Panículo adiposo adecuado.
- Sistema linfático: No adenopatías palpables.
- Osteoarticular: Tono y trofismo muscular conservado, moviliza extremidades
- Cabeza y cuello: Normocéfalo, sin lesiones, no masas palpables
- Mamas: Simétricas, blandas, no dolorosas a la palpación, no masas, no secretoras.
- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores, no tirajes.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: RHA (+), Blando, Depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda
- Útero: AU: (-) , DU (-) , MF(-) , LCF: (-) -GU: PPL (+), PRU (-). Genitales externos: Vulva sin lesiones.
- Especuloscopia: Cérvix: Cerrado TV: Pelvis: Ginecoide. Cérvix: Cerrado. Útero: 7 cm. Anexos: NA. Parámetros: Libre. Fondo de saco: Libre
- Neurológico: LOTEPE, ECG 15, no signos meníngeos, ni de focalización

Diagnósticos presuntivos

1. D/c Embarazo no evolutivo
2. D/c Aborto Incompleto
3. D/c Embarazo Cervical
4. Sobrepeso

Plan de trabajo

Se hospitaliza a la paciente en el servicio de Ginecología, dentro del servicio se solicita nueva **ecografía** que informa: Útero en AVF de volumen incrementado. Se observa endometrio engrosado con diámetro total de 31mm y en su interior imagen quística irregular de 11 mm, sin observarse embrión. Cérvix de diámetros incrementados, observándose marcado engrosamiento central que mide 18 mm (pared posterior) y 9mm (pared anterior) con canal endocervical de aspecto irregular. OCI cerrado.

Conclusión: Engrosamiento endometrial con imagen quística irregular considerar entre Gestacion no evolutiva Vs Aborto completo.

Posterior a la ecografía, se solicita exámenes de laboratorio como prequirúrgicos, examen de orina y nueva β -HCG y se envía orden de sala de operaciones para legrado uterino. Como comentamos, la paciente trae consigo resultado de β -HCG y se realiza curva para ver la disminución de esta; los resultados de la β -HCG cuantitativa muestran una disminución lo cual no debería ocurrir, en el embarazo la β -HCG duplica su valor cada 2 días.

- 19/04/23 → 13 003 mUI/ml
- 10/05/23 → 22 987 mUI/ml
- 12/05/23 → 15 447 mUI/ml

Los resultados prequirúrgicos informan como patológico la hemoglobina que resulta estar en 9.7 g/dl, agregando un diagnóstico más: Anemia moderada.

Previo al ingreso a sala de operaciones se administra a la paciente tratamiento farmacológico para dilatación del cérvix: Misoprostol 200 mg 4 tabletas → 2 vía vaginal / 2 vía sublingual. Se ingresa a paciente a SOP para **procedimiento**: Legrado uterino + taponamiento cervical; intrasop no se notifica complicaciones.

Los hallazgos operatorios describen:

- Cérvix entreabierto, sangrado escaso, consistencia blanda
 - Histerometría: 10 cm Se extraen restos endouterinos en regular cantidad 20 cc
 - Sangrado persistente a pesar de sentir cavidad endometrial vacía
 - El sangrado parecía provenir de la pared posterior del endometrio
- Sangrado postoperatorio +/- 300 cc

Se concluye como diagnósticos definitivos:

1. Embarazo No Evolutivo
2. Anemia Moderada (Hb: 9.7)
3. Sobrepeso (IMC: 26.1)

Paciente pasa a RECU, una vez recuperada pasó a sala de ginecología con indicaciones: Ketorolaco 10 mg 1 tableta vo cada 8 horas, ácido tranexámico 250 mg 1 tableta vo cada 12 horas, cefazolina 1 g 1 tableta vo cada 6 horas; a la vez, retiro de sonda Foley de manera progresiva. Paciente presentó evolución favorable, hemodinámicamente estable, afebril, ventilando espontáneamente, niega náuseas, cefalea, dolor tolerable en hemiabdomen inferior. Se indica el alta 6 días posterior a cirugía, se explica a paciente signos de alarma como sangrado abundante, fiebre constante, dolor que no cede con analgésicos, la paciente debe acudir de inmediato a emergencia; finalmente, se indica control por consultorio de ginecología a los 7 días.

Caso clínico n.º 11

Paciente mujer, de 34 años, natural y procedente de Lima, acude a consultorio del servicio de Ginecología y Obstetricia, con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 2 años, caracterizado por dismenorrea y dolor abdominal pélvico crónico de tipo punzante y constante en hipogastrio que se agrava durante los días de menstruación, asociado además a dispareunia. Menciona que desea quedar embarazada pero no ha podido a pesar de recibir consejería y mantener relaciones sexuales sin protección hace 1 año.

Antecedentes

- FUR: 26/08/2023
- G0P0
- PAP hace dos años: Negativo
- Niega anticoncepción
- Número de compañeros sexuales: 1
- URS: Hace 2 días
- Niega cirugías ginecológicas
- Niega RAMS
- Apendicectomía convencional a los 7 años
- Antecedentes familiares: Madre: HTA

Al examen físico

Funciones vitales: FC: 78 x', FR: 18 x', PA: 110/60, T°: 37°C, SatO2: 99 %

- Aspecto general: AREG, AREH, AREN
- Piel: Tibia, elástica, hidratada, palidez, llenado capilar menor de 2 segundos.
- TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.
- CV: Ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad. No soplos.
- Abdomen: Móvil a la respiración. Ruidos hidroaéreos presentes, propulsivos. Blando, depresible. Dolor a la palpación profunda en hipogastrio.
- Tacto vaginal: Dolor a la movilización del cérvix, resto sin alteraciones.
- GU: PPL y PRU negativos
- SNC: Paciente despierta, LOTEP, ECG 15/15.

Diagnósticos presuntivos

1. Leiomioma cervical
2. Endometriosis
3. Adenomiosis

Plan de trabajo

Se solicitan exámenes de laboratorio: Hemograma, glucosa, urea, creatinina; además de imágenes: Ecografía abdomino-pélvica y transvaginal.

Se obtienen los siguientes resultados

- Hemoglobina: 11.5 g/dl
- Hematocrito: 45 %
- Leucocitos: 10 400 x mm³
- Plaquetas: 175 000 x mm³
- Glucosa: 87 mg/dl
- Urea: 36 mg/dl
- Creatinina: 0.6 mg/dl
- Ecografía abdomino-pélvica: Útero anteverso flexo, sin masas ni infiltraciones. Tránsito intestinal sin alteraciones, se observa masa de tejido blando en pelvis derecha contigua a músculo iliopsoas derecho.
- Ecografía transvaginal: Útero de tamaño adecuado. Se evidencia quiste ovárico unilocular de 6.5cm de aspecto homogéneo en vidrio esmerilado en anexo derecho. Nódulo en tabique rectovaginal.

Diagnóstico definitivo

Los hallazgos en ambas ecografías, sumado a la clínica que presenta la paciente (dismenorrea, incapacidad para concebir), nos orientan a un diagnóstico de **endometriosis**, sin embargo, el gold standard para el diagnóstico es la laparoscopia exploratoria, que nos permitiría observar el tejido, adherencias y probablemente quistes achocolatados.

Se le indica a la paciente analgesia farmacológica con AINES, se evita el uso de anticonceptivos debido al deseo de quedar embarazada de la paciente, pero se le comenta sobre el uso de análogos de GnRH en el futuro. Además, se le explica que el diagnóstico definitivo se haría mediante una laparoscopia exploratoria donde se podría realizar la ablación de la endometriosis. Paciente es dada de alta con la indicación de control en 1 mes y seguimiento por planificación familiar.

Caso clínico n.º 12

Paciente mujer de 32 años que acude a emergencia del servicio de Ginecología y Obstetricia por presentar prurito vulvar intenso, además de flujo vaginal blanquecino y grumoso desde hace 2 semanas, no refiere mal olor. Al interrogatorio indica que los síntomas empezaron luego de mantener relaciones sexuales sin protección con una pareja nueva, y que presenta dispareunia.

Antecedentes

- FUR: 04/11/2023
- G2P2
- PAP en enero del 2023: Negativo
- Niega uso de anticoncepción.
- Número de compañeros sexuales: 4
- Última relación sexual: Hace 3 días
- SOP diagnosticado hace 6 años
- Migraña en tratamiento
- Niega cirugías ginecológicas
- Familiares: Padre: Hipertensión arterial; madre: Diabetes *mellitus* 2

Al examen físico

Funciones vitales: FC: 80 x', FR: 20 x', PA: 120/70, T°C: 37°C, SatO2: 99 %

- Aspecto general: AREG, AREH, AREN
- Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos.
- TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.
- CV: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Móvil a la respiración. Ruidos hidroaéreos presentes, propulsivos. Blando, depresible, no doloroso a la palpación.
- Tacto vaginal: Se observa leve eritema vulvar asociado a edema, flujo blanquecino en introito vaginal, labios mayores y menores, sin mal olor. No se palpan masas, no se observan úlceras. No dolor a la movilización del cérvix.
- SNC: Paciente despierta, LOTEP, ECG 15/15.

Diagnósticos presuntivos

1. Candidiasis vulvovaginal
2. Vaginosis bacteriana
3. Tricomonirosis
4. Infección por herpes virus genital

Plan de trabajo

Se solicitan los siguientes exámenes: Hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, frotis vaginal y tinción de gram, cultivo de flujo vaginal, serológicos.

Se reciben los siguientes resultados

- Hemoglobina: 12.5 g/dl
- Hematocrito: 48 %
- Leucocitos: 9400 xmm³
- Plaquetas: 201 000 xmm³
- Glucosa: 95 mg/dl
- Urea: 28 mg/dl
- Creatinina: 0.8 mg/dl
- Frotis vaginal: Se observan hifas pertenecientes al hongo Candida albicans.
- Cultivo: Resultado en 5 días
- Serológicos: Negativos

Diagnóstico definitivo

Según la clínica de la paciente: Prurito vulvar intenso, flujo vaginal blanquecino y grumoso como "requesón", se plantea el diagnóstico de candidiasis vulvovaginal.

Una vez realizado el diagnóstico, la paciente es dada de alta de la emergencia con las siguientes indicaciones:

- Óvulos de nistatina: 1 óvulo vía vaginal todas las noches por 7 días
- Fluconazol 150mg una sola dosis
- Portil crema, aplicar en labios mayores durante 7 días de presentar mucho prurito.
- Se explican signos de alarma y consejería sobre higiene íntima.

I.4. Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º 13

Paciente de género masculino de 21 años, procedente de Lima, acude a emergencia del servicio de Medicina, con tiempo de enfermedad de 10 días, caracterizado por presentar deposiciones líquidas de color “amarillo claro”, sin moco, con rasgos de sangre en algunas ocasiones, aproximadamente 2 a 3 cámaras por día, asociado a escalofríos y fiebre cuantificada de 38°C hace 3 días; asimismo, refiere sentirse cansado todo el tiempo, malestar general y aumento de sed; por tal motivo, acude a CEMENA por intensificación de síntomas.

Antecedentes

Paciente refiere no padecer enfermedades crónicas, niega antecedentes quirúrgicos, niega medicación de uso frecuente, no refiere RAMS.

Funciones vitales

- PA: 100/60 mmHg
- FC: 90 x´
- FR: 20 x´
- T°: 38.9°C
- SatO2: 97 %

Examen físico

Al ingreso paciente presenta: Regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación.

- Peso: 71 kg (paciente refiere haber perdido 1 kg en 10 días), Talla: 1.74cm. IMC: 23.5
- Piel: Tibia, poca hidratada, elástica. Llenado capilar < 2”, no cianosis, no ictericia, no palidez. Mucosa oral ligeramente seca
- TyP: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados
- CV: RCR de buena intensidad e intensidad, no soplos. Pulsos periféricos palpables en 4 extremidades.

- Abdomen: B/D, RHA aumentados, dolor leve a la palpación superficial y profunda, no visceromegalias.
- GU: PPL (-) y PRU (-)
- Neurológico: Despierto, colaborador, LOTEP, Glasgow 15/15, no focalización ni signos meníngeos

Diagnósticos presuntivos

1. Síndrome febril y síndrome diarreico crónico

- D/c dengue sin signos de alarma
- D/c salmonelosis

Plan de trabajo

En emergencia se solicita hemograma completo, urea, creatinina, electrolitos, TGO, TGP, GGTP, proteínas totales y fraccionadas, bilirrubinas totales y fraccionadas, reacción inflamatoria en heces, serológicos VIH 1 -2; además, para descartar sospecha de Dengue se pidió ELISA IGM para dengue; y para descarte de Salmonella se solicita aglutinaciones en lámina.

Los resultados laboratoriales informaron

- Hemoglobina: 13.9 g/dL
- Hematocrito 41.7 %
- Leucocitos 7011
- Plaquetas 297 000
- Urea: 16.9 mg/dl, creatinina 0.84 mg/dl
- Electrolitos: Cl 102 mmol/L, Potasio 4.89 mmol/L, Sodio 133.4 mmol/L
- Bilirrubinas: Total 0.58 mg/dl, directa 0.32 mg/dl, indirecta 0.266 mg/dl
- Serológicos: No reactivo
- Reacción inflamatoria en heces: Negativa; Thevenon: Positivo
- Elisa IgM para Dengue: NEGATIVO
- Aglutinaciones: TÍFICO H POSITIVOS

Con dichos resultados se confirma el **diagnóstico definitivo**

1. Salmonelosis entérica.

Se decide hospitalizar a paciente para manejo y administración de terapia antibiótica endovenosa por 7 días con ceftriaxona 2 gr por 24 horas hasta la defervescencia. Además, administras reposición de líquidos al 100 % hidratando con NaCl 0.9 % 1000 cc x 100 cc / hora hasta evidenciar mejoría clínica a causa de las cámaras diarreicas; de igual forma, se indica paracetamol 500 mg 2 tabletas vía oral condicional a temperatura mayor a 38° C. Posterior a la hospitalización, el paciente debe continuar con hidratación, y antibioticoterapia vía oral por 3 días más. Paciente fue dado de alta sin presentar complicaciones, con indicaciones médicas y explicación de hábitos de higiene para evitar cuadros similares.

Caso clínico n.º 14

Paciente mujer de 30 años natural de Lima, procedente de callao, acude a emergencia del CEMENA refiriendo tiempo de enfermedad de 4 días, caracterizado por presentar escalofríos y sensación de alza térmica, asociado a vómitos sialorreicos y dolor en región suprapúbica tipo opresivo de intensidad 7/10 que se irradia a zona lumbar derecha, sin presentar posición antálgica. Paciente añade que el día del ingreso presenta cuadro febril cuantificado de 39°.

Antecedentes

Paciente niega antecedentes patológicos, niega antecedentes quirúrgicos, no refiere medicación habitual, no presenta reacción medicamentosa.

Paciente menciona que último cuadro de dolor en región lumbar fue hace 1 mes y acude con examen de urocultivo POSITIVO a *Escherichia coli*.

Funciones vitales

- FC: 78 x'
- FR: 20 x'
- T°: 38.3°C
- PA: 110/60 mmHg

Al examen físico

Se evalúa paciente, esta ingresa con regular estado general, facie dolorosa, regular estado de hidratación y regular estado de nutrición.

- Peso:75 kg Talla: 1,69 cm. IMC: 26,3
- Piel: T/H/E. Llenado capilar < 2", no cianosis, no ictericia, ni edemas.
- TyP: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados.
- CV: RCR de buena intensidad e intensidad, no soplos. Pulsos periféricos palpables en 4 extremidades.
- Abdomen: B/D, RHA (+) doloroso a la palpación profunda difusa .
- GU: Puño percusión lumbar POSITIVA, PRU (+/-).
- Neurológico: Despierto, colaborador, LOTEP, Glasgow 15/15, no focalización ni signos meníngeos.

Diagnósticos presuntivos

Posterior a la evaluación evaluación de la paciente y relato de historia clínica se presume

1. Síndrome doloroso abdominal: D/C Pielonefritis aguda vs Apendicitis aguda

Plan de trabajo

Debido a clínica inespecífica se solicita hemograma completo junto con examen completo de orina; el cual informa Hb: 12.4 g/dL, Hto: 36.5 %, se evidencia leucocitosis de 12 040 que representa signo de infección. A su vez, en el examen de orina se evidenció elevación de leucocitos en 50-100 x campo, y hematíes 2-5 x campo. Como examen de imagen se solicitó ecografía abdominal para descartar signos de apendicitis aguda y/o patología ginecológica; que, a su vez, no se evidenció alteraciones.

Con los exámenes laboratoriales y clínica de la paciente se decide hospitalizar debido al factor de riesgo de ITU RECURRENTE y urocultivo positivo; por ende, se cataloga como **diagnóstico definitivo** pielonefritis aguda causado por *E. Coli*.

Como **tratamiento** se inicia antibioticoterapia con ceftriaxona 1 g ev cada 24 horas; además, de brindarle paracetamol 500 mg condicional a dolor intenso y/o fiebre > 38°C durante hospitalización

Seguimiento

Se brindó a la paciente tratamiento antibiótico por 7 días sin presentar mayor complicación, se indica orden de sedimento urinario 48 horas posteriores de haber completado su terapia, el cual en su defecto resultó sin alteraciones. Por ende, se autorizó el alta junto con indicaciones médicas; además, se indicó realizarse urocultivo a las 72 horas después del alta de manera ambulatoria y posterior a ello control en consultorio externo de medicina interna con resultados. Finalmente se brindó consejos sobre incrementar la ingesta de líquidos, adecuada higiene en zona vaginal y explicación de signos de alarma si estas en caso incurran.

Caso clínico n.º 15

Paciente varón de 58 años, natural y procedente de Trujillo, acude a consultorio de gastroenterología con un tiempo de enfermedad de 6 meses de evolución, caracterizado por dolor epigástrico tipo urente principalmente después de ingerir alimentos. Estos síntomas han ido progresando, incluso se han añadido náuseas y vómitos. Niega sensación de alza térmica.

Funciones biológicas

- Apetito: Disminuido
- Sed: Aumentada
- Deposiciones: Bristol 4
- Sueño: Interrumpido
- Peso: Ha bajado 4 kilos en un mes

Antecedentes

- Niega RAMS
- Dislipidemia en tratamiento
- Obesidad tipo I
- Antecedentes familiares: Padre: Hipertensión arterial; madre: Hipertensión arterial y diabetes *mellitus* tipo 2.

Medicamentos habituales

- Atorvastatina 40 mg 1 tableta cada 24 horas

Al examen físico

Funciones vitales: FC: 82 x', FR: 20 x', PA: 125/85, T°: 36.5°C, SatO2: 98 %

- Aspecto general: AREG, AREN, AREH
- Piel: Tibia, hidratada, elástica, mucosa oral hidratada, llenado capilar menor de 2 segundos.
- TyP: Tórax simétrico. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.
- CV: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, ni ingurgitación yugular.
- Abdomen: Móvil a la respiración. Ruidos hidroaéreos presentes, propulsivos. Blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio de intensidad 7/10.
- GU: PPL y PRU negativos
- SNC: Paciente despierto, LOTEP, ECG 15/15.

Diagnósticos presuntivos

1. Gastritis
2. Úlcera péptica
3. Enfermedad por reflujo gastroesofágico
4. Pancreatitis

Plan de trabajo

Teniendo en cuenta los diagnósticos presuntivos, se solicitan tanto exámenes de laboratorio: Hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, amilasa, lipasa; como exámenes de imágenes: Endoscopía digestiva alta con toma de biopsia y radiografía simple de abdomen.

Y se obtienen los siguientes resultados

- Hemoglobina: 10.6 g/dl
- Hematocrito: 4 0%
- Leucocitos: 9700 x mm³
- Plaquetas: 240 000 x mm³

- Glucosa: 96 mg/dl
- Urea: 30 mg/dl
- Creatinina 0.7 mg/dl
- Amilasa: 45 U/L
- Lipasa: 8 U/L
- Endoscopia digestiva alta: Se evidencia presencia de una úlcera péptica en antro gástrico Forrest IV, biopsia positiva a infección por *Helicobacter pylori*.
- Radiografía simple de abdomen: Sin alteraciones.

Diagnóstico definitivo

1. Úlcera péptica asociada a infección por *Helicobacter pylori*.

Debido a que el paciente presenta una infección por *H. pylori*, se decide darle el siguiente tratamiento erradicador al alta:

1. Omeprazol 40mg VO cada 12 horas por 14 días
2. Amoxicilina 1g VO cada 12 horas por 14 días
3. Claritromicina 500 mg VO cada 12 horas por 14 días.

Además, se le explica al paciente que debe realizar cambios en su dieta, se le recomienda por ahora una dieta blanda baja en grasas, lácteos, condimentos, ají, chocolate, además de factores agravantes como el tabaco y el alcohol.

Se programa un control endoscópico a las 8 semanas para valorar nuevamente la lesión, y una prueba de aliento para confirmar la erradicación del *H. pylori*.

Caso clínico n.º 16

Paciente femenina de 78 años, natural de Cajamarca y procedente de Callao, acude a tópico de emergencia del servicio de Medicina Interna con cuadro de 5 días de evolución, caracterizado por tos productiva exigente con secreción de color amarillo verdoso, asociada a malestar general y picos febriles de 38°C - 39°C, por lo que tomó paracetamol de 500 mg en 3 ocasiones, que ayudo a disminuir la temperatura. Con el paso del tiempo ha presentado dolor torácico y disnea, por lo que acude a emergencia.

Funciones biológicas

- Apetito: Disminuido
- Sed: Aumentada
- Sudor: Aumentado con picos febriles
- Deposiciones: Bristol 4
- Peso: Sin alteraciones. 69 kg.

Antecedentes

- Hipertensión arterial hace 30 años
- EPOC hace 8 años
- Niega RAMS
- Vacunación completa contra COVID-19
- Aspiración de cristalino e implante de lente intraocular por catarata hace 5 años
- Familiares: Ambos padres con hipertensión arterial

Medicación habitual

- Enalapril 20mg cada 24 horas
- Salmeterol 2 puff cada 8 horas
- Fluticasona 2 puff cada 8 horas

Al examen físico

Funciones vitales: FC: 100 x', FR: 32 x', PA: 130/70, T°: 38.5°C, SatO2: 95 %.

- Aspecto general: REG, AREN, AREH, facies dolorosa
- Piel: Caliente, poco hidratada, poco elástica, palidez, mucosa oral seca, llenado capilar menor de 2 segundos.
- TyP: Tórax simétrico, se aprecian tirajes intercostales. Murmullo vesicular disminuido en base derecha, crépitos difusos en hemitórax derecho, leves sibilantes difusos en ambos campos pulmonares.
- CV: Ruidos cardíacos taquicárdicos, de buena intensidad. No soplos
- Abdomen: Móvil a la respiración. Ruidos hidroaéreos presentes, propulsivos, de buena frecuencia e intensidad. Blando, depresible, no doloroso a la palpación.

- GU: PPL y PRU negativos
- SNC: Paciente despierta, LOTEP, ECG 15/15.

Diagnósticos presuntivos

1. Neumonía adquirida en la comunidad
2. Derrame pleural
3. Infección por influenza
4. Infección por SARS-CoV2

Plan de trabajo

Se solicita hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, electrolitos, PCR, TGO, TGP, Albúmina, AGA, PCT, prueba de antígenos para COVID-19, radiografía de tórax PA y lateral.

Se obtienen los siguientes resultados:

- Hemoglobina: 12.5 g/dl
- Hematocrito: 40 %
- Leucocitos: 14300 x mm³
- Neutrófilos: 82 %
- Linfocitos: 32 %
- Plaquetas: 220 000 x mm³
- Glucosa: 98 mg/dl
- Urea: 20 mg/dl
- Creatinina: 0.97 mg/dl
- TGO: 44 U/L
- TGP: 39 U/L
- Albúmina: 3.5 g/dl
- Cl: 103 mmol/L
- Na: 140 mmol/L
- K: 3.7 mmol/L
- PCR: 24 mg/L
- Procalcitonina: 3.8 ng/ml

AGA:

- pH: 7.34

- PaO₂: 75
- PaCO₂: 48
- HCO₃: 26
- Prueba antígeno COVID-19: Negativo
- Radiografía de tórax: Se observa patrón de consolidación en base del pulmón derecho, además de múltiples áreas de opacidad difusa que corresponden a infiltrados pulmonares. Secuelas de EPOC, no derrame pleural.

Diagnóstico definitivo

1. Neumonía adquirida en la comunidad
2. Acidosis respiratoria leve
3. EPOC por historia clínica
4. Hipertensión arterial por historia clínica

Considerando los mencionados diagnósticos, se decide hospitalizar a la paciente por su puntaje en la escala CURB-65 (2 puntos) con las siguientes indicaciones:

1. Dieta blanda + LAV
2. NaCl 0.9 % 1000 cc ev a 80 cc por hora
3. Ceftriaxona 2 gramos ev cada 24 horas
4. Azitromicina 500mg vo el primer día, luego 250 mg cada 24 horas
5. Salmeterol 2 puff cada 8 horas
6. Fluticasona 2 puff cada 8 horas
7. Enalapril 20mg VO cada 24 horas
8. Paracetamol 1 gramo cada 8 hora
9. Metamizol 1 gramo condicional a temperatura mayor de 38.5°C
10. O₂ por CBN si SatO₂ < 92 %
11. CFV + BHE

Luego de 7 días de tratamiento, la paciente muestra mejora en la saturación y en los síntomas, por lo que es dada de alta al 8vo día explicándole signos de alarma, y recomendando vacunación contra la influenza y el neumococo debido a sus comorbilidades. Se le cita una semana después del alta para reevaluación.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” fue inaugurado el 4 de julio de 1956 durante la gestión ministerial del Vicealmirante Roque A. Saldías Maninat; y actualmente está dirigido por el Dr. Manuel Laca Barrera⁽²⁾, siendo una unidad prestadora de servicios de salud de categoría III-1. La Dirección de Salud de la Marina de Guerra del Perú se encarga de planear, organizar, estructurar y controlar la salud de los miembros de la Marina de Guerra del Perú y todos sus derechohabientes⁽³⁾.

Se encuentra ubicado en Av. Venezuela S/N, Bellavista, Callao y forma parte de la Dirección Regional de Salud Callao. Su estructura es considerada la única capaz de resistir un sismo y tsunami en el Callao, por lo que utiliza como centro de recepción, triaje y atención de pacientes en caso de desastres naturales, según el Plan de Atención de Emergencia en Desastres⁽⁴⁾.

Según el Análisis de la Situación de Salud Callao, cuenta con 481 camas de hospitalización, 13 camas en la Unidad de Cuidados Intensivos, 11 camas en salas de observación y la unidad de shock-trauma⁽³⁾.

Cuenta con aproximadamente 34 especialidades disponibles, entre ellas se encuentra Cardiología, Cirugía, Dermatología, Traumatología, Hematología, Nefrología, Pediatría, etc.⁽⁵⁾. La atención se da previa cita, excepto en emergencia, donde se atienden las 24 horas del día, todos los días.

El nosocomio se remodela constantemente para brindar servicio al personal naval en actividad, en retiro y a sus familiares, ofreciendo servicios de primera generación que buscan la atención integral de los pacientes.

Cabe resaltar, que en 1969 fue el pionero de trasplante de riñón en nuestro país, y en la actualidad cuenta con la certificación como establecimiento de salud donador y trasplantador de hígado en pacientes adultos⁽⁶⁾.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

1. Contraste de casos clínicos y guías de práctica clínica

A continuación, exponemos los casos clínicos más relevantes siguiendo las guías de práctica clínica.

2. Cirugía General

Caso clínico n.º2

Esta enfermedad es cada vez más común en todo el mundo, y es una de las patologías más atendidas en esta especialidad quirúrgica en el Centro Médico Naval. Es crucial el diagnóstico y tratamiento quirúrgico rápido, ya que de lo contrario podría desarrollar una colecistitis aguda o incluso desarrollar una colangitis o pancreatitis. A diferencia de la colecistitis aguda no requiere de un tratamiento quirúrgico de inmediato, puede ser una cirugía programada.

La clínica comienza de la misma manera, tanto los casos agudos como crónicos se inician con una ingesta excesiva de alimentos y luego el paciente reporta dolor en el hipocondrio derecho. La duración, la respuesta al tratamiento con antiespasmódicos y los cambios en los hallazgos laboratoriales e imagenológicos determinan la diferencia entre ambos cuadros clínicos.

En este caso clínico la paciente reporta cuadro doloroso abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho asociado a vómitos de contenido alimentario, refiriendo que dichos síntomas se repitieron en 2 ocasiones anteriores, al ingresar a la emergencia, se manejo el dolor y en la ecografía abdominal se informa: Vesícula biliar de paredes de 2.3 mm, conteniendo litos de 19 y 17 mm ubicados en bacinete, medidas de 55 x 31 mm de diámetro; colédoco de 6 mm, y vena porta de 10 mm, motivo por el cual, programan a la paciente para cirugía electiva ⁽⁷⁾.

En cuanto al tratamiento de la colecistitis crónica, la cirugía electiva para extraer la vesícula es el tratamiento definitivo; la cirugía laparoscópica es mejor que la cirugía abierta.

Caso clínico n.º3

Las fístulas perianales son manifestaciones crónicas del proceso inflamatorio perirrectal que ocasionan los abscesos anales. Cuando el absceso es drenado, es común que se forme un trayecto fistuloso que conecta el absceso en el ano con la piel perirrectal. Ocurre mayormente en varones más que en mujeres de aproximadamente 20 a 60 años ⁽⁸⁾.

La clasificación de las fístulas perianales se divide en:

- Fístula transesfinteriana: Aquella que cruza al otro lado del esfínter externo antes de salir en la zona perianal, por lo que involucra a ambos esfínteres. Estas requieren de un tratamiento más complejo, aunque el uso del setón junto con la fistulotomía permite una recuperación favorable además de conservar la continencia del paciente. El grado de afectación del esfínter anal externo es el que determina la posibilidad de incontinencia postoperatoria.
- Fístula supraesfinteriana: El trayecto fistuloso viaja por encima del esfínter externo y cruza el músculo puborrectal. La clínica de estos pacientes es distinta, ya que es posible que el absceso no se aprecie a la inspección, pero sí se presenta el dolor al tacto rectal.
- Fístula extraesfinteriana: El trayecto surge en el recto proximal, más no en el ano, y usualmente se producen como secuelas de un procedimiento. La abertura externa está en el área perianal y el trayecto ingresa al canal anal por encima de la línea dentada.
- Fístula interesfinteriana: Cruzan el esfínter interno y el trayecto se da hacia el exterior del ano. Rara vez produce incontinencia, ya que la fistulotomía no afecta al esfínter externo. Son el tipo más común⁽⁹⁾.

La clínica por la que acude el paciente usualmente incluye prurito, secreción, malestar y dolor a la defecación, y debemos preguntar si es que se tiene antecedente de algún absceso que fue drenado. En la inspección se puede

observar la pequeña abertura que puede o no tener secreción serosa, serohemática, hemática, purulenta o de materia fecal.

Si bien el diagnóstico consiste en la anamnesis y el examen físico, también se pueden utilizar exámenes complementarios como la resonancia magnética, ya que su alta resolución de contraste entre distintos tejidos permite el estudio de partes blandas, diferenciando los diferentes compartimentos y muestra la relación de las fístulas con el plano del músculo elevador del ano y con la fosa isquiorrectal ⁽¹⁰⁾. La ecografía de partes blandas también nos ayuda para identificar los trayectos así como abscesos que puedan presentarse en esta área, y es de menor costo que la RMN ⁽⁹⁾.

El tratamiento depende de la ubicación de la fístula. La mayoría requiere un tratamiento quirúrgico.

La fistulotomía es la técnica donde se abre el trayecto fistuloso y posiblemente se divide el músculo del esfínter. Es útil en fístulas simples y es eficaz en el 90% de pacientes. La colocación de setón se reserva para fístulas complejas. Se colocan a través del trayecto de la fístula para mantener el drenaje a largo plazo. Este setón se va traccionando lentamente a lo largo de semanas o meses para que ocurra la fibrosis, lo que ayuda al músculo y asegura la continencia ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾.

En este caso clínico tenemos a un paciente de 29 años con un antecedente de absceso anorrectal hace un mes, lo cual es factor de riesgo para desarrollar una fístula, quien nota dos agujeros que drenan sangre y líquido purulento con mal olor. Se realiza una RMN pélvica y una ecografía de partes blandas donde se observa el trayecto fistuloso clasificado como una fístula transesfinteriana grado 4 de St. James. Se decide colocar un setón y realizar una fistulotomía tras lo cual el paciente se va de alta con indicaciones de antibioticoterapia y manejo del dolor, además de seguimiento por consultorio externo para la tracción del setón que ayudará a la mejoría de la fístula.

3. Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º5

El asma afecta a 1 de cada 10 niños, es la enfermedad crónica más prevalente en la infancia y la adolescencia. La mayoría de los casos de asma en adultos comienzan antes de los cinco a seis años ⁽¹³⁾.

En esta enfermedad, las crisis asmáticas son episodios donde se caracterizan por inflamación, hiperreactividad y obstrucción reversible de la vía aérea, lo cual genera dificultad para respirar, sibilancias, tos y sensación de opresión o dolor torácico relacionado con la disminución de la función pulmonar. Los síntomas pueden aparecer gradualmente o de manera brusca y son comunes en las personas que ya tienen asma, pero también pueden ser el inicio de la enfermedad ⁽¹⁴⁾.

El tratamiento comienza con la reducción rápida del broncoespasmo con broncodilatadores y la reducción de la inflamación con corticoides sistémicos. Si hay hipoxemia o trabajo respiratorio intenso, se debe administrar oxígeno y se debe facilitar una postura semi incorporada. Se deben iniciar maniobras de estabilización si el paciente se encuentra inestable ⁽¹⁴⁾.

En este caso el paciente llega por presentar tos con expectoración amarillenta, secreción nasal de coloración verdosa y fiebre, agregando al cuadro clínico agitación y dolor de garganta. En el examen físico se le ausculta a nivel pulmonar el murmullo vesicular pasa en ACP pero disminuido en HTD, sibilantes espiratorios, subcrépitos, espiración prolongada motivo por el cual pasa a hospitalización donde se le indica nebulizar con salbutamol, bromuro de ipratropio 3 puff cada 6 horas y budesonida 20 mg 1 puff cada 12 horas por aerocámara, ceftriaxona 1.4 g ev cada 12 horas lento y diluido, metamizol e hidrocortisona. El paciente al 4 día presenta mejoría clínica motivo por el cual es dado de alta completando su tratamiento antibiótico ev por 5 días.

Caso clínico n.º 7

Esta enfermedad es ocasionada por enterovirus y sobre todo el virus Coxsackie. La mayoría de los casos ocurren en pacientes menores de 10 años, con una mayor incidencia en los niños menores de 5 años.

La transmisión de este virus es exclusiva a los humanos y se da de manera fecal-oral, oral-oral y por gotas respiratorias.

El periodo donde el paciente es más contagioso ocurre dentro de la primera semana de enfermedad, pero el virus queda activo en las heces durante 4 a 8 semanas.

La clínica de esta enfermedad consiste de una erupción maculopapular o papulovesicular en las manos y en las plantas de los pies, además de úlceras dolorosas en cavidad oral. Las lesiones son de 2 a 6 mm de diámetro con un halo eritematoso que forman vesículas que al romperse producen úlceras que no dejan cicatriz. Las úlceras orales afectan el paladar blando, lengua y mucosa, el dolor limita la ingesta de líquidos, lo que puede causar deshidratación.

El diagnóstico es clínico, aunque pueden utilizarse pruebas de laboratorio como el PCR para enterovirus o coxsackievirus. El diagnóstico diferencial se realiza con otras enfermedades eruptivas, como herpangina, pénfigo, varicela. El tratamiento es sintomático, y se enfoca en alivio del dolor, reducir la fiebre y reanimación con líquidos. Usualmente se utiliza el paracetamol o ibuprofeno para el control de los síntomas⁽¹⁵⁾.

En este caso clínico vemos a un paciente de 2 años, quien presenta picos febriles de hasta 39°C acompañados de lesiones vesiculares en boca, manos y pies, que al romperse forman úlceras. Además, mencionan que el niño presenta hiporexia por el dolor en la cavidad oral. Es posible realizar el diagnóstico clínico, pero aun así se realiza la prueba de PCR a enterovirus la cual sale positiva, confirmando el diagnóstico. El tratamiento que recibe es

sintomático según las guías de práctica clínica y se recomienda el aislamiento para evitar el contagio.

4. Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 10

Un embarazo evolutivo o viable se define como cuando hay un saco gestacional y un embrión con actividad cardiaca, lo cual está relacionado en un 97 % con un embarazo exitoso. Un embarazo no evolutivo ocurre cuando el embrión deja de desarrollarse o nunca se desarrolla, se detiene y no da lugar al nacimiento. Las anomalías cromosómicas son la causa del 70 % de estos embarazos no evolutivos.

La edad de la madre y la automedicación son factores de riesgo para presentar un embarazo no evolutivo.

En este caso, la paciente, de 42 años, tiene un IMC de 26,1 (sobrepeso) Anteriormente había sufrido una cesárea y no había realizado controles prenatales adecuados. Es importante destacar que el sobrepeso es un factor de riesgo y que la paciente tiene varios factores de riesgo. Además, la paciente había llevado a cabo un mal control prenatal, lo que resultó en un parto inadecuado.

Los profesionales de la salud deben enfatizar la importancia de los controles prenatales para prevenir estos casos y otras enfermedades. La ecografía, una herramienta crucial en los controles prenatales, nos permite detectar patologías y observar cómo se desarrollaron los órganos y estructuras del embrión desde las etapas tempranas del embarazo ⁽¹⁶⁾.

Caso clínico n.º 11

La endometriosis es la causa más común de dolor pélvico crónico en mujeres de edad fértil. Se define como la detección quirúrgica de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina⁽¹⁷⁾, sobre todo en el peritoneo pélvico, ovarios y tabique recto vaginal. La prevalencia es del 30 a 35 % de mujeres que sufren

de dolor y/o infertilidad, sin embargo, no se suele diagnosticar sino hasta después de aproximadamente 6 años desde el inicio de los síntomas⁽¹⁸⁾.

El dolor pélvico es debilitante, se experimenta por primera vez durante o inmediatamente después de la menarquia y va aumentando gradualmente con el paso de los años hasta la menopausia. El diagnóstico es clínico de exclusión y se debe basar en la historia clínica, siendo el diagnóstico definitivo la laparoscopia exploratoria, que no es completamente efectiva ya que no tiene en cuenta la presencia de enfermedad inflamatoria microscópica en el peritoneo ni en el tejido endometrial, que también es origen de dolor crónico⁽¹⁷⁾.

En este caso clínico tenemos a una paciente de 34 años, que presenta un tiempo de enfermedad de 2 años, lo cual nos dice que no ha podido ser diagnosticada pese a la persistencia de los síntomas. Su clínica consiste en dismenorrea y dolor abdominal pélvico crónico de tipo punzante y constante que empeora con la menstruación. Además, nos refiere que desea gestar, pero no le ha sido posible pese a los intentos.

La clínica de la paciente (dolor, infertilidad) nos sugiere un diagnóstico de endometriosis, y según las imágenes, podemos observar un quiste ovárico unilocular de 6.5 cm, que de observarse quirúrgicamente posiblemente encontraríamos un quiste achocolatado o endometrioma. En este caso, debido a los deseos de la paciente de quedar embarazada, no se pueden sugerir tratamientos médicos como los análogos de GnRH ni el tratamiento quirúrgico, por lo que se le indica manejo del dolor y seguimiento por planificación familiar.

5. Medicina Interna

Caso clínico n.º13

Una problemática muy común que se desarrolla en toda sociedad y en todo lugar es la buena higiene en la salud. A fin de prevenir varias enfermedades que se transmiten o se desarrollan por medio de la propagación de agua

predominante; se aconseja lavarse las manos con agua y jabón durante 20 segundos antes y después de manipular alimentos, principalmente después de coger huevos, carnes, mariscos y pescados crudos o poco cocidos, etc. Además de limpiar los alimentos y utensilios, ya que la Salmonelosis en este caso es causada por un mal lavado de los alimentos o comer en lugares sin limpieza.

Los serotipos de *Salmonella* que causan gastroenteritis desencadenan una respuesta secretoria en el epitelio y comienzan a atraer neutrófilos. La inflamación intestinal es posiblemente responsable de la secreción de líquidos y la diarrea debido a la alteración de la barrera epitelial y al aumento del flujo acuoso por un mecanismo exudativo.

En cuanto al tratamiento para las infecciones por salmonella, existe una alta resistencia antibiótica a fármacos como el cloranfenicol, ampicilina y cotrimoxazol. Las fluoroquinolonas pertenecen a la familia de antibióticos que se consideran altamente efectivas en el tratamiento. Las cefalosporinas intravenosas de tercera generación, como cefotaxime (2 gramos cada 8 horas) o ceftriaxona (1-2 gramos cada día), son una alternativa a las fluoroquinolonas intravenosas.

En este caso clínico el paciente presenta 10 días como tiempo de enfermedad caracterizado por deposiciones líquidas de color “amarillo claro”, sin moco, con rasgos de sangre en algunas ocasiones asociado a escalofríos y fiebre, motivo por el cual ingresa al CEMENA; hallando en los exámenes de laboratorio; Aglutinaciones: TÍFICO H positivo, dando como diagnóstico Enfermedad por Salmonella; recibiendo tratamiento antibiótico con ceftriaxona 2 gr ev cada 24 horas por 7 días y reposición de líquidos, el cuadro de salmonella remitió dando de alta al paciente al término de los 7 días⁽¹⁹⁾.

Caso clínico n.º 16

La neumonía adquirida en la comunidad hace referencia a una infección del parénquima pulmonar que se adquiere fuera del ambiente hospitalario, causada por la invasión de microorganismos como bacterias, virus, hongos o

parásitos. Dentro de las bacterias, se encuentra como principal agente responsable el *Streptococcus pneumoniae*, seguido de *Haemophilus influenzae* y *Legionella*. Con respecto a los virus, el de la Influenza es la causa viral más significativa en adultos, junto con el *Virus Respiratorio Sincitial*, *Parainfluenza*, *Adenovirus* y *Coronavirus*. Una neumonía provocada por hongos es inusual, pero es común en pacientes inmunocomprometidos, y los agentes son: *Histoplasma capsulatum*, *Coccidioides* y *Cryptococcus sp*⁽²⁰⁾.

Estos microorganismos tienen diferentes puertas de entrada al organismo, como:

- Inhalación o microaspiración, que es la forma más común de infección, característica del *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*
- Sistema gastrointestinal o macroaspiración, característico de *E. coli* y *Enterobacter*
- Hematógena, como en el caso del *Staphylococcus aureus*
- Inoculación directa por cercanía
- Activación de enfermedades latentes, como el *Mycobacterium tuberculosis* o *Pneumocystis jirovecii*.

Una vez que el patógeno se encuentra en el parénquima pulmonar, ocurren ciertos eventos que permiten el desarrollo de la patología:

1. Multiplicación local de patógenos de manera descontrolada: Se da debido a que el paciente se encuentra inmunocomprometido, por lo que es más sencillo que los factores de virulencia ayuden al patógeno a colonizar el alveolo.
2. Inflamación local: Los macrófagos alveolares producen citoquinas que traen nuevos fagocitos al alveolo, aumentando la permeabilidad microvascular, facilitando la llegada de neutrófilos, linfocitos y anticuerpos.
3. Inflamación sistémica: Estas citoquinas y quimiocinas en el espacio alveolar se propagan a la circulación sistémica, lo cual ayuda a la respuesta local mediante la activación de producción de células blancas en la médula ósea, además de aumentar el gasto cardíaco y elevando la temperatura corporal.
4. Respuesta inflamatoria desregulada: Ocurre en algunos pacientes, esta respuesta anormal produce daño al tejido y disfunción orgánica, además

del cambio de una respuesta fisiológica ante una infección a una patológica, que se observa como una sepsis⁽²¹⁾.

El diagnóstico se realiza reconociendo los factores de riesgo: Tabaquismo, uso reciente de antibióticos, paciente mayor de 65 años, infección de vía respiratoria reciente, EPOC, fibrosis quística, bronquiectasias, inmunocomprometidos, alteración del nivel de conciencia, alcoholismo, hacinamiento, etc. En la clínica se observa a un paciente desorientado, febril, taquicárdico, con amplexación disminuida. A la auscultación, el murmullo vesicular estará disminuido y escucharemos crépitos. En la radiografía posteroanterior y lateral se observan consolidaciones lobares, infiltrados intersticiales y/o cavitaciones. En los exámenes auxiliares se encuentra leucocitosis con desviación a la izquierda, y elevación de urea y creatinina⁽²²⁾. El tratamiento se divide en ambulatorio e intrahospitalario.

Pacientes ambulatorios

La elección del antibiótico se decide evaluando las comorbilidades, el uso de antibióticos en los últimos 3 meses y además del patógeno más probable. En pacientes sin comorbilidades, se recomienda amoxicilina 500mg vo cada 8 horas, como alternativa se puede utilizar doxiciclina 200mg vo de carga y luego 100mg cada 12 horas, o azitromicina 500mg vo el primer día y luego 250mg vo cada 24 horas. El tratamiento debe realizarse por 5 días.

Para pacientes con comorbilidades y/o exposición a antibióticos en los últimos 3 meses, se recomienda levofloxacino 750mg vo cada 24 horas; o la combinación de amoxicilina/ácido clavulánico 1 g/125 mg vo cada 12 horas con un macrólido como azitromicina o claritromicina. El tratamiento también debe durar 5 días.

Paciente hospitalizado

La elección del antibiótico depende de la severidad de la neumonía y de las comorbilidades del paciente. Se recomienda utilizar ceftriaxona 2 g ev cada 24 horas, o ampicilina/sulbactam 3 g ev cada 6 horas más azitromicina 500 mg vo el primer día, luego 250 mg vo cada 24 horas. Se puede utilizar

levofloxacino 750 mg vo cada 24 horas si no hay sospecha de tuberculosis. El tratamiento debe durar 7 días, pero si la terapia inicial no fue la adecuada para el germen aislado, se debe prolongar por 2 o más semanas dependiendo de la condición del paciente⁽²³⁾.

El score de CURB-65 ayuda a la clasificación de la gravedad de la neumonía, y también a decidir si el tratamiento es ambulatorio o requiere hospitalización:

- Confusión
- Urea mayor de 42 o BUN mayor de 20
- Respiraciones de más de 30 por minuto
- Presión arterial sistólica menor de 90 o diastólica menor de 60
- 65 años o más⁽²⁴⁾.

En el presente caso tenemos a una paciente de 78 años, con la clínica característica de una neumonía (febril, tos productiva, disnea), además con comorbilidades: EPOC, HTA. Al examen físico se auscultan crépitos y el murmullo vesicular disminuido que según la bibliografía también apuntan a un diagnóstico de NAC. Valorando la escala de CURB-65, la paciente cuenta con 2 criterios: Edad mayor a 65 años, y frecuencia respiratoria mayor de 30, por lo que se decide hospitalizar. El tratamiento que recibió va de acorde a las guías de práctica clínica, y la paciente pudo ser dada de alta sin ninguna interurrencia.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El Internado Médico en el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” inició oficialmente el 01 de abril del 2023 y culminó el 31 de enero del 2024, tiempo durante el cual los internos de medicina rotaron en 04 especialidades: Cirugía general, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia y Pediatría. Las rotaciones duraron 2 meses y medio debido a que el tiempo de duración del internado se vio reducido a 10 meses en lugar de 12 meses por la pandemia de la COVID-19.

Este tiempo ayuda a los internos a adquirir capacidades administrativas, de liderazgo, de comunicación; además de conocimientos tanto teóricos y prácticos que se necesitan para ser un buen profesional, y los prepara para afrontar las adversidades que se pueden presentar durante el servicio Rural y Urbano Marginal de Salud, que es la siguiente etapa que realizarán ya como médicos cirujanos.

Durante la rotación en cirugía general, se permitió a los internos entrar a sala de operaciones a apoyar en las cirugías tanto electivas como de emergencia, además de realizar procedimientos de cirugía menor. Las guardias se realizaban en el tópico de procedimientos en emergencia de adultos, donde acudían pacientes con heridas para suturar, policontusos, mordeduras caninas, etc. Además, dentro de esta rotación los internos pasaron por los servicios de Urología y Traumatología.

En Medicina Interna, el trabajo se dividía en diferentes salas de hospitalización, incluyendo el servicio de Geriátría. Las guardias se realizaban en el tópico de medicina en emergencia de adultos, las cuales fueron las más exigentes del internado, debido a la gran afluencia de pacientes durante el día y la noche. En este servicio tuvieron la oportunidad de evaluar y conocer enfermedades frecuentes y otras más raras, además del adecuado tratamiento para cada una de ellas.

En Ginecología Y Obstetricia tuvieron la oportunidad de atender partos, asistir a cesáreas, cirugías ginecológicas y gineco-oncológicas. La guardia se realizaba en el quinto piso del Centro Médico Naval, donde se veían casos de emergencia como hemorragias uterinas anormales, amenaza de aborto, abortos retenidos, etc.

En la rotación en Pediatría, los internos se distribuían en piso de hospitalización, triaje, consultorio y neonatología, además de las guardias en emergencia pediátrica y en el servicio de Neonatología en el quinto piso. En esta rotación pudieron conocer las dosis pediátricas, además de las patologías que afectan con mayor frecuencia a este grupo etario.

CONCLUSIONES

1. El último año de la carrera, que corresponde a la del internado médico, corresponde a un periodo muy importante en la formación de los estudiantes de medicina humana, ya que se logra poner en práctica todos los conocimientos y habilidades que se han desarrollado a lo largo de los seis años anteriores.
2. La experiencia ganada durante el internado médico será de mucha ayuda para el crecimiento tanto personal como profesional, y sirve de base para las siguientes etapas que tienen que enfrentar los médicos, como el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud.
3. Además de conocimientos, se adquieren habilidades comunicativas, tanto con el resto de personal de salud como con los pacientes y sus familiares, lo que ayuda a poder construir empatía y una adecuada relación médico-paciente, que también es una gran parte de la vida profesional como doctores.
4. El Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” es un hospital de nivel III-1, que cuenta con múltiples especialidades y recursos para brindar la mejor calidad de atención a sus pacientes, por lo que se podría considerar una excelente sede para realizar el internado médico.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a los internos de medicina aprovechar cada oportunidad de aprendizaje que se presente, ya que es muy importante para desarrollar las habilidades que requieren para ejercer como médicos generales.
2. Además, las sedes docentes donde se realiza el internado médico deben capacitar a sus internos y mantener un seguimiento académico para asegurarse que los internos aprendan y entiendan los temas que se ven a diario en el hospital.
3. Actualmente los internos de medicina de esta universidad no cuentan con una rotación en Primer Nivel de Atención, se recomienda que se pueda añadir esta como una quinta rotación, ya que prepara a los futuros médicos generales para el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Flores AS, Echavarría RF, Becerra RU, Flores NLL. Expectativas y realidades del internado médico de pregrado. Un estudio cualitativo. *Investig En Salud*. 2008;X(1):14-21.
2. Dicemena | Disamar [Internet]. [citado 5 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.disamar.mil.pe/dicemena/>
3. Chang Pino M, Vega Aviles C. Trayectoria del internado médico 2020-2021 en el Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara". [Internet]. Universidad San Martín de Porres; 2021 [citado 5 de marzo de 2024]. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/8047/chang-vega_ms-c.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Palomino C, Molina A, Mendez C, Atoche M. Nivel de conocimiento de manejo de niños y actitud frente a desastres en pediatras del Servicio de Emergencia Pediátrica del Centro Médico Naval del Callao, 2018-2019. 2021. 21(4).
5. Cartera de servicios CEMENA 2022 | Disamar [Internet]. [citado 5 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.disamar.mil.pe/2406-2/>
6. Reconocimiento al CEMENA como establecimiento donador y trasplantador de hígado en pacientes adultos | Disamar [Internet]. [citado 5 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.disamar.mil.pe/2024/02/14/reconocimiento-al-cemena-como-establecimiento-donador-y-trasplantador-de-higado-en-pacientes-adultos/>
7. Musle Acosta M, Cisneros Domínguez CM, Bolaños Vaillant S, Dosouto Infante V, Rosales Fargié Y. Parámetros ecográficos específicos de la vesícula biliar en pacientes con colecistitis aguda. *MEDISAN*. agosto de 2011;15(8):1091-7.
8. Anorectal fistula: Clinical manifestations and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 5 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/anorectal-fistula-clinical-manifestations-and-diagnosis>

9. Jimenez M, Mandava N. Anorectal Fistula. En: StatPearls [Internet] [Internet]. StatPearls Publishing; 2023 [citado 5 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560657/>
10. Soffia S P, Coca V A, Martínez V C, Schiappacasse F G, Bosch O E, Ríos O G, et al. Caracterización de fistulas anorrectales mediante resonancia magnética de alta resolución: revisión pictográfica. *Rev Chil Radiol.* 2006;12(2):92-102.
11. Robinson AM, DeNobile JW. Anorectal abscess and fistula-in-ano. *J Natl Med Assoc.* noviembre de 1988;80(11):1209-13.
12. Carr S, Velasco AL. Fistula-in-Ano. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 5 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557517/>
13. Aguado Noriega J, Villalobos Arévalo P. Guía de práctica clínica del asma infantil en atención primaria. [Internet]. Sociedad Española de Neumología Pediátrica; 2019 [citado 5 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://neumoped.org/wp-content/uploads/2019/07/GUIA-ASMA-PEDIATRIA-2019.pdf>
14. Calzón NP, Fernández JB. Diagnóstico y tratamiento de la crisis asmática en Urgencias.
15. Saguil A, Kane SF, Lauters R, Mercado MG. Hand-Foot-and-Mouth Disease: Rapid Evidence Review. *Am Fam Physician.* 1 de octubre de 2019;100(7):408-14.
16. Bromley B, Thomas D Shipp MD. An imaging approach to early pregnancy failure. 1 de octubre de 2020 [citado 5 de marzo de 2024];65. Disponible en: <https://www.contemporaryobgyn.net/view/an-imaging-approach-to-early-pregnancy-failure>
17. Bulun SE, Yilmaz BD, Sison C, Miyazaki K, Bernardi L, Liu S, et al. Endometriosis. *Endocr Rev.* 1 de agosto de 2019;40(4):1048-79.
18. Burney RO, Giudice LC. Pathogenesis and pathophysiology of endometriosis. *Fertil Steril.* 1 de septiembre de 2012;98(3):511-9.
19. Quirós Cárdenas S. Infecciones por bacterias del género Salmonella: relevancia en la práctica clínica. *Rev Clínica Esc Med UCR-HSJD* [Internet]. 11 de noviembre de 2016 [citado 5 de marzo de 2024];6(4).

- Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/26925>
20. Ramirez J. UpToDate. Overview of community-acquired pneumonia in adults. [Internet]. [citado 5 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-community-acquired-pneumonia-in-adults?search=Prevalence%20of%20microbial%20etiologies%20of%20CAP%20in%20the%20USA%20and%20Europe&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
 21. Epidemiology, pathogenesis, and microbiology of community-acquired pneumonia in adults - UpToDate [Internet]. [citado 5 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathogenesis-and-microbiology-of-community-acquired-pneumonia-in-adults?search=Prevalence%20of%20microbial%20etiologies%20of%20CAP%20in%20the%20USA%20and%20Europe&topicRef=117561&source=see_link
 22. Klompas M. UpToDate. 2023 [citado 5 de marzo de 2024]. Clinical evaluation and diagnostic testing for community-acquired pneumonia in adults. [Internet]. [citado 5 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-evaluation-and-diagnostic-testing-for-community-acquired-pneumonia-in-adults?search=neumonia%20adquirida%20en%20la%20comunidad&source=search_result&selectedTitle=11~150&usage_type=default&display_rank=7
 23. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Guía de Práctica Clínica del Departamento de Medicina Interna [Internet]. 2022 [citado 5 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2943585/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20del%20Departamento%20de%20Medicina%20Interna%202022%20-%20Parte%202.pdf.pdf>
 24. Fine M. UpToDate. [citado 5 de marzo de 2024]. Community-acquired pneumonia in adults: Assessing severity and determining the appropriate site of care. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/community-acquired-pneumonia-in->

adults-assessing-severity-and-determining-the-appropriate-site-of-care?search=neumonia%20adquirida%20en%20la%20comunidad&source=search_result&selectedTitle=13~150&usage_type=default&display_rank=9