



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA PROFESIONAL DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL
PERIODO 2021-2022**

**PRESENTADO POR
SHAKIRA CECILE TAFUR MONTALVO
YONI HORMECINDA VÁSQUEZ VILLAFANE**

**ASESOR
ERIK CRUZ MAMANÍ**

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

**LIMA- PERÚ
2022**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA PROFESIONAL DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO 2021-2022**

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

**PRESENTADO POR
TAFUR MONTALVO SHAKIRA CECILE
VÁSQUEZ VILLAFANE YONI HORMECINDA**

**ASESOR
DR. CRUZ MAMANÍ ERIK**

**LIMA, PERÚ
2022**

JURADO

Presidente: M.E. José Sánchez Zapata

Miembro: M.E. Fernando Herrera Huaranga

Miembro: M.E. Johandi Delgado Quispe

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a Dios por darnos la fuerza, ser guía y fe para seguir siempre adelante.

A nuestros queridos padres por su esfuerzo, dedicación y apoyo incondicional constante durante estos siete años de formación profesional.

A nuestros hermanos por ser el apoyo emocional, por sus consejos y palabras de aliento para seguir luchando por nuestros sueños.

A quienes no pudieron acompañarnos físicamente hasta el final de este maravilloso camino.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad San Martín de Porres, por brindarnos la oportunidad de culminar nuestra formación profesional como médicos.

A nuestra familia, por su apoyo brindado durante todos los años de estudio, gracias por nunca dudar de nuestra capacidad y siempre estar con nosotras.

Al Dr. Erik Cruz Mamani, nuestro asesor, quién con su conocimiento, dedicación y paciencia supo guiarnos en el desarrollo del presente trabajo.

ÍNDICE

PORTADA	i
JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 ROTACIÓN DE CIRUGÍA	1
1.2 ROTACIÓN GINECOLOGÍA	14
1.3 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA	24
1.4 ROTACIÓN EN PEDIATRÍA	33
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	42
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	44
3.1. ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL	44
3.2. ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA	52
3.3. ROTACIÓN EN MEDICINA INTERNA	55
3.4. ROTACIÓN EN PEDIATRÍA	58
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	64
CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES	67
BIBLIOGRAFIA	68

RESUMEN

El presente trabajo narra el aprendizaje de la capacidad teórica y práctica en la realización del internado médico como experiencia pre profesional en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante estos meses, en el marco de una pandemia, y tiene como objetivo realizar un análisis de las competencias profesionales y de la aplicación práctica de los fundamentos aprendidos durante los años de carrera.

En tal sentido, el ejercicio profesional realizado en este establecimiento de salud será descrito a través de la presentación y desarrollo de casos clínicos atendidos, evaluados y tratados en los principales servicios; buscando certificar el trabajo realizado, empleando el conocimiento brindado durante la formación universitaria, además de la guía de nuestros tutores, resaltando el manejo que se realizó basado en el razonamiento clínico, así como una comparación con la literatura actualizada.

ABSTRACT

The present work intends to demonstrate the theoretical and practical capacity in the realization of the medical internship as a pre-professional experience at the Sergio E. Bernales National Hospital; during these months in the context of a pandemic. It aims to make an analysis of the professional competences and the practical application of the theoretical foundations learned during these years of career.

In this sense, the professional exercise carried out in these health facilities will be described through the presentation and development of clinical cases attended, evaluated and treated in the main services where the authors of this work had the opportunity to rotate, seeking to certify the work done, using the knowledge provided during university training in addition to the guidance of our tutors. Highlighting the management based on clinical reasoning, as well as a comparison with the updated literature.

INTRODUCCIÓN

El internado médico es una de las etapas más importantes en la formación de los estudiantes de medicina. Forma parte del plan de estudios de la carrera en el que se busca reforzar, consolidar e integrar los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante los años previos de la profesión.

El Hospital Nacional Sergio E. Bernales (HNSB), construido inicialmente para niños de escasos recursos que padecieron tuberculosis pulmonar, fue cambiando de nombre a medida que iba ampliando su cartera de servicios y la población objetivo, para finalmente en 1982 por decisión conjunta del Cuerpo Médico del Hospital llamarse cómo actualmente lo conocemos. ⁽¹⁾

El HNSB es una institución de Tercer Nivel de Atención con categorización III - 1 de alta complejidad, que brinda sus servicios a la población del Cono Norte fundamentalmente a los distritos de Comas, Carabaylo, Los Olivos, Puente Piedra y la provincia de Canta. Dentro de las actividades de atención directa en el establecimiento de salud tenemos: consulta externa, hospitalización, emergencia, centro quirúrgico, centro obstétrico, unidad de cuidados intensivos, área COVID, entre otras. ⁽²⁾

A mediados del año pasado, posterior a una serie de acuerdos por parte del Ministerio de Salud (MINSA) y la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM), se establecieron lineamientos para el desarrollo de las actividades de los internos de ciencias de la salud, donde se consigna como fecha de inicio el 05 de julio del año 2021.

De esta manera, se dispuso a realizar las prácticas preprofesionales con las rotaciones por los servicios más importantes como fueron Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Ginecología - Obstetricia, con una duración total de diez meses (50% en un hospital y el otro 50% en establecimientos de primer nivel de atención).

El presente trabajo se realizó con el objetivo de exponer, describir y transmitir el aprendizaje durante los meses del internado durante los años 2021 y 2022 en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el contexto actual de pandemia. Para este fin, se utilizan como herramientas cuatro casos clínicos por especialidad, que servirán para hacer un análisis y retroalimentación del manejo de las patologías, además de enriquecerlos con bibliografía actual y dirigida

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado es una modalidad formativa donde los estudiantes del último año de medicina desarrollan prácticas preprofesionales en diferentes establecimientos de salud, una etapa donde se logran afianzar todos los conocimientos teóricos aprendidos, en un escenario clínico en las unidades de atención médica, además de representar un requisito para obtener el título profesional.

El interno conoce a través de la experiencia sus fortalezas y debilidades, pues enfrenta todo tipo de circunstancias (frustración, fatiga física, fatiga emocional, muerte y recuperación de pacientes) que ponen a prueba sus emociones y la capacidad de resolver problemas.

En este reporte se describen los casos clínicos con los cuales se pudieron consolidar conocimientos y adquirir habilidades blandas, en las rotaciones de cirugía general, pediatría, ginecología - obstetricia y medicina interna.

1.1 ROTACIÓN DE CIRUGÍA

En el departamento de cirugía del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, se organizaron y aplicaron diversas medidas para establecer prioridades en la protección del personal de salud y mantener la atención.

Los internos tuvieron la oportunidad de rotar por las áreas de hospitalización de cirugía general, traumatología, urología, cirugía pediátrica y emergencia.

La función de los internos de medicina se basaba, en emergencia, en apoyar con el triaje; clasificando al paciente de acuerdo al compromiso del estado de salud (prioridad I: gravedad súbita extrema, prioridad II: urgencia mayor, III: urgencia menor y prioridad IV: patología aguda común), la realización de suturas como parte de una cirugía menor, la programación de pacientes para sala de operaciones, y el apoyo a los médicos residentes o asistentes en procedimientos de mayor complejidad.

La labor en piso de hospitalización era atender al paciente de manera diaria mediante la observación e inspección de las heridas operatorias, para el pase de visita con los médicos asistentes y residentes, donde se realizaban rondas de preguntas acerca de la patología y del manejo de la misma mediante un proceso de retroalimentación. Luego de ello se realizaban las curaciones de heridas, retiro de puntos, drenaje de abscesos, cambio de bolsas de colostomía y trámites pendientes por paciente.

Entre las patologías más frecuentes atendidas en tópico de emergencia de cirugía están las heridas punzocortantes, fracturas, politraumatizados, traumas abdominales abiertos y cerrados. Las operaciones más frecuentes fueron apendicectomía abierta por apendicitis aguda, hernioplastias por hernias complicadas, colecistectomías por patología biliar y laparotomías exploratorias por lesión por proyectil de arma de fuego o arma blanca.

CASO CLÍNICO N° 1

Paciente masculino de 19 años de edad ingresa por emergencia con un tiempo de enfermedad de un día, refiere presentar dolor abdominal tipo opresivo de severa intensidad (EVA 9/10) que se inició en el epigastrio, ubicándose después en la fosa ilíaca derecha, asociado a fiebre y sensación nauseosa persistente. Indica que el dolor se intensificó, motivo por el cual acude al nosocomio.

- ✓ Funciones biológicas alteradas con hiporexia y dificultad para conciliar el sueño.
- ✓ Antecedentes: niega enfermedades previas, hospitalizaciones y cirugías anteriores, reacción adversa a medicamentos, y contactos COVID.
- ✓ Funciones vitales:
 - Temperatura: 38°C
 - Presión arterial: 120/70 mmHg
 - Frecuencia respiratoria: 18 rpm
 - Frecuencia cardíaca: 110 lpm
 - Saturación: 97%

- ✓ Al examen físico:
 - Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, mucosas hidratadas. Llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez, o cianosis.
 - Aparato respiratorio: murmullo vesicular y vibraciones vocales pasan bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
 - Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
 - Abdomen:
 - Inspección: plano
 - Auscultación: ruidos hidroaéreos presentes
 - Percusión: timpánico +/-
 - Palpación: blando, depresible, dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, signo de McBurney positivo (+)
 - Aparato genitourinario: PRU (-), PPL (-), sin alteraciones
 - Neurológico: lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow 15/15 (respuesta ocular: 4p, respuesta verbal: 5p, respuesta motora: 6p), no signos meníngeos o signos de focalización.
- ✓ Diagnóstico presuntivo:
 1. Síndrome doloroso abdominal: D/C Apendicitis aguda
- ✓ Plan de trabajo:
 - a) NaCl 0.9 % 100 cc + Omeprazol 40 mg + Metoclopramida (EV STAT)
 - b) Se solicita: hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, examen de orina, perfil hepático, perfil lipídico, grupo sanguíneo, factor, perfil de coagulación, prueba antigénica COVID.
- Reevaluación:
 - Paciente con tiempo de enfermedad de 1 día y 8 horas, con dolor abdominal moderado a severo en fosa ilíaca derecha, asociado a fiebre, hiporexia y náuseas.

- Al examen físico impresiona: abdomen plano, con ruidos hidroaéreos disminuidos, resistencia en cuadrante inferior derecho, signo de McBurney positivo y signo de Rovsing positivo.
- Por laboratorio: leucocitos = $17.30 \times 10^3/\text{mm}^3$, hemoglobina= 15.3 gr/dl, TTPPA= 37.8 segundos, tiempo de coagulación= 6 min, tiempo de sangría = 2min, grupo y factor= O+, prueba antigénica COVID= no reactiva.
- Impresión diagnóstica: apendicitis aguda, se programa para sala de operaciones.

✓ Informe quirúrgico:

- Diagnóstico preoperatorio: Apendicitis aguda
- Diagnóstico post operatorio: Apendicitis necrosada
- Operación realizada: Apendicectomía abierta
- Hallazgos operatorios: apéndice cecal retrocecal de aproximadamente 8 cm x 1 cm necrosada en sus $\frac{2}{3}$ distales, base en buen estado, subserosa.
- Descripción del procedimiento:
 1. Asepsia, antisepsia + colocación de campos estériles
 2. Incisión transversa en fosa iliaca derecha
 3. Disección por planos hasta apertura de cavidad
 4. Ligadura escalonada de meso apendicular
 5. Liberación de base subserosa retrocecal
 6. Ligadura de base a muñón libre
 7. Lavado, aspirado previa ectomía del apéndice
 8. Conteo de gasas completa por enfermera
 9. Cierre por planos hasta piel
 10. Paciente pasa a recuperación
- Tratamiento post operatorio
 - a) Tolerancia oral, dieta líquida por la tarde
 - b) Dextrosa 5% 1000 cc + KCl 20% (1 amp) + NaCl 20% (2 amp) = 35 gotas

- c) Ranitidina 50 mg EV c/8h
- d) Ciprofloxacino 400 mg EV c/12h
- e) Metronidazol 500 mg EV c/8h
- f) Ketoprofeno 100 mg EV c/8h
- g) NaCl 0,9% 100 cc + Tramadol 100 mg = EV, condicional al dolor de moderada intensidad
- h) Deambulación precoz y control de funciones vitales c/8h

CASO CLÍNICO N° 2

Paciente masculino de 80 años de edad, presenta un tiempo de enfermedad de dos días, caracterizado por un dolor lumbar tipo cólico de severa intensidad (EVA: 8/10) que se agrava con los movimientos y deambulación, se irradia a región inguinal, refiere presentar sensación de náuseas, sin llegar a vómitos, además de hiporexia. Señala haber notado cambios en la orina, con ciertos rastros de sangre y de coloración más oscura de lo habitual.

- ✓ Funciones biológicas no alteradas
- ✓ Antecedentes patológicos: HTA diagnosticada hace 5 años en tratamiento con Losartán 50 mg, diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con Glimpirida 2 mg y Metformina 850 mg, litiasis renal desde el 2020, cuenta con UROTEM (se evidencia cálculo enclavado en cáliz renal derecho de aproximadamente 3 cm). Niega antecedentes familiares, reacción adversa a medicamentos, cirugías previas y contacto COVID.
- ✓ Funciones vitales:
 - Temperatura: 37°C
 - Presión arterial: 110/70 mmHg
 - Frecuencia respiratoria: 18 rpm
 - Frecuencia cardiaca: 76 lpm
 - Saturación: 96%
- ✓ Al examen físico:

- Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, mucosas hidratadas. Llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez, o cianosis.
- Aparato respiratorio: murmullo vesicular y vibraciones vocales pasan bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no visceromegalia
- Aparato genitourinario: Puño percusión lumbar (+) en el lado derecho, puntos renoureterales (-), no globo vesical
- Neurológico: lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow (respuesta ocular: 4p, respuesta verbal: 5p, respuesta motora: 6p), no signos meníngeos o signos de focalización.

✓ Presunción diagnóstica:

- 1.- Cólico nefrítico
- 2.- Litiasis renal derecha
- 3.- DM tipo 2 en tratamiento
- 4.- Hipertensión arterial en tratamiento

✓ Plan de trabajo:

- a) Dieta hipoglucida + hiposódica + líquidos a libre demanda
- b) NaCl 0.9% 1000cc Fco y 30 gotas por minuto
- c) Meropenem 500 mg EV c/8h Metamizol 1.5g condicional al dolor y/o >38°C
- d) Glimepirida 2 mg/ metformina 850 mg VO c/12h
- e) Losartán 50mg VO c/24h
- f) Se solicita: exámenes prequirúrgicos, prueba antigénica COVID, glucosa 10 pm - 6 am
- g) I/C cardiología, neumología, endocrinología

h) Se hospitaliza en urología con resultados de laboratorio:

- Uroanálisis: 8 - 10 leucocitos aislados, 15 - 20 hematíes por campo, nitritos negativos, sangre positivo ++, amarillo turbio.
- Urocultivo y antibiograma: 3 - 5 leucocitos por campo, 10 - 15 hematíes por campo, no se observan gérmenes en la coloración Gram, microorganismo aislado: negativo
- Hemograma: $8.80 \times 10^3/\text{mm}$ leucocitos, Hb: 14.4 gr/dl, grupo sanguíneo O+
- Urea: 49 mg/dl, creatinina: 0,35 mg/dl
- Prueba antigénica COVID: no reactivo
- ✓ Informe quirúrgico
 - Diagnóstico preoperatorio: litiasis renal derecha
 - Diagnóstico post operatorio: litiasis de pelvis renal + estrechez de unión pielouretral + cáliz inferior estrecho
 - Operación realizada: nefrolitotomía percutánea derecha + colocación de nefrostomía
 - Hallazgos operatorios: Lito en cáliz renal derecha, de aproximadamente 3 cm, evidencia de estrechez de unión pielouretral + cáliz inferior estrecho. Sangrado +/- 300 cc
 - Descripción del procedimiento:
 1. AA + CCE
 2. Instalación de lidocaína 2% gel vía intrauretral
 3. Introducción de cistoscopio por vía intrauretral
 4. Identificación de hallazgos + colocación de catéter por uréter derecho + colocación de sonda foley 18 FR vía uretral
 5. Cambio de posición de paciente a postura de Valdivia-Galdakao modificada
 6. AA + CCE
 7. Incisión en piel en zona lumbar derecha + dilatación hasta cáliz renal derecho con uso de fluoroscopia
 8. Colocación de guía hidrofílica con fluoroscopia
 9. Introducción de nefroscopio por nefrostomía percutánea

10. Colocación de nefrostomía con sonda Foley 20 FR balón 5 cc
11. Clampaje de nefrostomía + sutura de incisión en piel
12. Paciente tolera acto quirúrgico y pasa a URPA

✓ Tratamiento post operatorio inmediato

- a) NPO por 6h
- b) NaCl 0.9% 1000cc 30 gotas por minuto
- c) Meropenem 500 mg EV c/8h
- d) Metamizol 1.5g EV c/8h
- e) Tramadol 100mg SC condicional al dolor intenso
- f) Ranitidina 50 mg EV c/8h
- g) Losartan 50mg VO c/24h
- h) Captopril 25mg si PA >140/90
- i) Insulina R según escala móvil
 - a) 180 - 200 2UI
 - b) 201 - 250 3UI
 - c) 251 - 300 UI
 - d) >300 6UI
- j) Sí glucosa < 70 mg/dl aplicar dextrosa 33% 5 ampollas EV STAT
- k) Desclampaje de sonda de nefrostomía en 30 minutos
- l) Se solicita hemoglucotest 10 pm - 6 am
- m) Control de funciones vitales + BHE

CASO CLÍNICO N° 3

Paciente mujer de 49 años de edad, acude a la emergencia con un tiempo de enfermedad de 8 horas de evolución, refiriendo haber ingerido comida copiosa (hamburguesas y gaseosa), y a los 30 minutos presentó un dolor tipo cólico, localizado en el hipocondrio derecho, con intensidad de 9/10 (EVA), que se exacerba con los movimientos, cede parcialmente en posición antálgica. A este cuadro se agregan escalofríos, náuseas y sensación de alza térmica.

- ✓ Funciones biológicas: incapacidad de conciliar el sueño. El resto sin alteraciones.
- ✓ Antecedentes: refiere cesárea hace 9 años, como antecedentes patológicos diagnosticada de litiasis vesicular desde hace 3 años, niega reacción adversa a medicamentos, y contacto COVID 19.
- ✓ Funciones vitales:
 - Temperatura: 37°C
 - Presión arterial: 110/60 mmHg
 - Frecuencia respiratoria: 18 rpm
 - Frecuencia cardiaca: 98 lpm
 - Saturación: 98%
- ✓ Al examen físico:
 - Peso: 69 kg Talla: 1.50 cm IMC: 30, 6
 - Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, mucosas hidratadas. Llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez, o cianosis.
 - Aparato respiratorio: murmullo vesicular y vibraciones vocales pasan bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
 - Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
 - Abdomen:
 - Inspección: plano
 - Auscultación: ruidos hidroaéreos presentes
 - Palpación: blando, depresible, dolor a la palpación en hipocondrio derecho, signo de Murphy positivo (+)
 - Percusión: timpánico
 - Aparato genitourinario: PPL (-), PRU (-), no globo vesical.
 - Neurológico: lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow (respuesta ocular: 4p, respuesta verbal: 5p, respuesta motora: 6p), no signos meníngeos o signos de focalización.
- ✓ Presunción diagnóstica:

1. Colecistitis crónica litiásica: D/C reagudización

✓ Plan de trabajo

1. NPO

2. NaCl 0.9% 1000cc 35 gotas por minuto

3. Ketoprofeno 100 mg condicional al dolor

4. Omeprazol 40 mg EV c/12 horas

5. Control de funciones estables

6. Se solicita: ecografía abdominal, prequirúrgicos y queda en observación.

▪ Reevaluación:

▪ Ecografía abdominal: Hepatopatía difusa leve

▪ Signos sugestivos de colecistitis crónica calculosa: vesícula biliar 55x22 mm, pared mide 4 mm con presencia de múltiples imágenes líticas, que emiten sombra acústica posterior.

▪ Laboratorio: leucocitos 4.30, Hb: 13,5 gr/dl, plaquetas 310. 000, Perfil hepático: BI 0.88mg/dl, BD 0.13mg/dl, BI 0.45mg/dl, glucosa 89 mg/dl, fosfatasa alcalina 261 U/L, transaminasas TGO 20, TGP 40 U/L, gamma glutamil transpeptidasa 21 U/L.

▪ Informe operatorio

✓ Diagnóstico preoperatorio: colecistitis crónica calculosa reagudizada

✓ Diagnóstico post operatorio: colecistitis crónica calculosa reagudizada

✓ Operación realizada: colecistectomía subtotal reconstituyente

✓ Hallazgos operatorios: Vesícula biliar de aproximadamente 10 x 5 cm de paredes gruesas, de aproximadamente 12 mm, conteniendo múltiples cálculos el mayor de 10 mm de diámetro, no se logra identificar el triángulo de Calot. A la apertura de vesícula biliar no se observa permeabilidad "vesícula excluida".

✓ Descripción del procedimiento:

1. AA + CCE

2. Introducción tipo Koch en cuadrante superior derecho

3. Disección por planos, hasta llegar a cavidad
 4. Identificación de hallazgos descritos
 5. Liberación de epiplon mayor de vesícula biliar
 6. Colectomía subtotal: se deja pared posterior, extracción de cálculos, se realiza surget continuo con vicryl en bacinete
 7. Electrocauterización en lecho vesicular
 8. Revisión de cavidad y conteo de gasas completo
 9. Cierre de pared por planos
 10. Paciente tolera acto quirúrgico y pasa a URPA
- ✓ Tratamiento post operatorio inmediato
1. NPO por 6 horas y luego tolerancia oral
 2. NaCl 0.9% 35 gotas por minuto
 3. Ceftriaxona 2gr EV c/24h
 4. Omeprazol 40mg EV c/24h
 5. Ketoprofeno 100mg EV c/8h
 6. Tramadol 100 mg + dimenhidrinato 10 mg + NaCl 0.9% EV c/12h
 7. Metoclopramida 10mg EV c/8h
 8. Control de funciones vitales c/8h

CASO CLÍNICO N° 4

Paciente varón de 48 años de edad, con un tiempo de enfermedad de 3 semanas, refiere sensación de alza térmica y tumefacción en glúteo derecho, muy doloroso a la palpación (EVA 8/10); que comenzó como un “granito” el cual con los días aumento de volumen, estuvo curando herida con “agua oxigenada” y lavando con agua y jabón, lesión persistía, motivo por el que acude a la emergencia.

- ✓ Funciones biológicas: refiere dificultad para conciliar el sueño debido al dolor, niega otras alteraciones.
- ✓ Antecedentes: refiere cómo antecedentes patológicos, HTA y diabetes mellitus diagnosticadas hace 15 días, sigue tratamiento con Losartán de

50 mg mañana y noche, además de Metformina 850 mg, niega alergia a medicamentos, antecedentes quirúrgicos, y contacto COVID.

✓ Funciones vitales:

- Temperatura: 36°C
- Presión arterial: 140/80 mmHg
- Frecuencia respiratoria: 12 rpm
- Frecuencia cardíaca: 76 lpm
- Saturación: 97%

✓ Al examen físico:

- Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez, no cianosis.
- Aparato respiratorio: murmullo vesicular, pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados
- Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no visceromegalia
- Aparato genitourinario: PPL (+) en el lado derecho, PRU (-), no globo vesical
- Región glútea: lesión en cara medial indurada de aproximadamente 15 x 5 cm, que abarca desde la región glútea anterior hasta el área escrotal, región anal indemne.
- Neurológico: lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow (respuesta ocular: 4p, respuesta verbal: 5p, respuesta motora: 6p), no signos meníngeos o signos de focalización.

✓ Impresión diagnóstica:

1. Celulitis en región perineal: D/C Absceso subcutáneo

✓ Plan de trabajo:

1. Se solicita prequirúrgicos
2. NPO
3. Ceftriaxona 2g EV c/24h
4. Metronidazol 500mg Ev c/8h
5. Omeprazol 40mg EV c/24h
6. Ketoprofeno 100 mg condicional al dolor
7. Control de funciones vitales
8. Se programa para sala de operaciones

✓ Exámenes laboratoriales y de imagen:

- Prueba antigénica COVID: no reactiva
- Hemograma: leucocitos 24. 000 x 10/mm³, hemoglobina 12 gr/dl, plaquetas 208.000
- Glucosa 126 mg/dl
- Ecografía de región perineal derecha: piel con incremento de volumen y signos de eritema, tcsc engrosado hiperecogénico con algunas imágenes laminares hipoeecogénicas, se observa colección de bordes parcialmente definidos con contenido hipoeecogénico de aspecto denso, con presencia de focos hiperrefringentes de distribución difusa de un volumen aproximado de 350 cc.

✓ Informe quirúrgico

✓ Diagnóstico preoperatorio: absceso de glúteo derecho

✓ Diagnóstico post operatorio: absceso de glúteo derecho

✓ Operación realizada: Cura quirúrgica

✓ Hallazgos operatorios: se muestra aumento de volumen en zona de glúteo derecho, edema de ambos testículos, además de cicatrices empastadas y dolorosas. Cuando se abre, se observa líquido purulento, maloliente de aproximadamente 150 cc.

✓ Descripción del procedimiento:

1. AA + CCE
2. Incisión en glúteo derecho
3. Disección por planos hasta llegar a cavidad de absceso secretor líquido purulento
4. Extracción, mediante electrocauterio y tijera, de tejido necrótico
5. Lavado con clorhexidina, se deja con sulfadiazina de plata
6. Paciente tolera acto quirúrgico y pasa a URPA

✓ Tratamiento post operatorio inmediato

1. NPO por 6 horas y luego dieta líquida
2. NaCl 0,9% 100 cc 35 gotas por minuto
3. Ceftriaxona 2 g EV c/24h
4. Metronidazol 50 mg EV c/8h
5. Ketoprofeno 100 mg EV c/8h
6. Tramadol 100 mg + dimenhidrinato 50 mg + NaCl 0,9% 100cc
7. Omeprazol 40 mg EV c/24h
8. Control de funciones vitales c/8h

1.2 ROTACIÓN GINECOLOGÍA

La rotación de ginecología-obstetricia es muy importante para la formación como médicos, comprende diversas patologías que pueden afectar a la mujer y a las gestantes. En el hospital el servicio se dividía en diferentes áreas por las cuales los internos pudieron rotar, siendo éstas: tópico de emergencia donde se evaluaban a las pacientes que llegaban en trabajo de parto, se monitorizaba a la gestante para su pase a centro obstétrico, se evaluaban las funciones vitales, la realización de las maniobras de Leopold, se realizaba tacto vaginal previo consentimiento de la paciente y supervisión de los inmediatos superiores, los médicos residentes o asistentes, también se apoyaba para la programación de pacientes a sala de operaciones en caso sea necesario. Llegaban cierta cantidad

de enfermos referidos de otros establecimientos de salud, mujeres con patologías ginecológicas, la más común la hemorragia uterina anormal. Dentro de las obstétricas, hubo abundantes casos de enfermedades hipertensivas, hemorragias de I y II mitad, embarazos no evolutivos y ectópicos.

En el centro obstétrico, el monitoreo y evaluación de las gestantes en el periodo de trabajo de parto; puerperio donde las pacientes están hospitalizadas por un periodo aproximado de 24 a 48 horas, dependiendo de si no hay complicaciones; en el pabellón de alto riesgo obstétrico, donde se encargan de monitorear a toda gestante que presente un factor de riesgo, que predisponga riesgo de morbimortalidad materna y/o fetal.

El área de hospitalización el interno se encarga de la evolución de las puérperas, de las gestantes hospitalizadas en alto riesgo obstétrico, las pacientes de ginecología, y de la limpieza de heridas post operatorias.

CASO CLÍNICO N° 1

Paciente mujer de 21 años de edad, con un tiempo de enfermedad de 6 horas, acude a la emergencia refiriendo dolor tipo contracciones uterinas de moderada intensidad, referida del Centro Materno Infantil con el diagnóstico de trabajo de parto disfuncional, percibe movimientos fetales, niega pérdida de líquido y sangrado vaginal.

✓ Antecedentes:

- Obstétricos: G1P000
- Niega cirugías previas, patologías previas, reacción adversa a medicamentos.

✓ Funciones vitales:

Temperatura: 37°C

Presión arterial: 120/80 mmHg

Frecuencia respiratoria: 20 rpm

Frecuencia cardiaca: 80 lpm

Saturación: 98%

- ✓ Al examen físico

En AREG, AREH, AREN

- Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez, no cianosis.
- Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: AU: 32 SPP: LCD LCF: 140 lpm
- Examen gineco-obstétrico: al tacto vaginal Dilatación 5 cm Incorporación:80% Altura de presentación:C-3, pelvis ginecoide
- Aparato genitourinario: PPL (+) en el lado derecho, PRU (-)
- Neurológico: lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow (respuesta ocular: 4p, respuesta verbal: 5p, respuesta motora: 6p), no signos meníngeos o signos de focalización.

- ✓ Presunción diagnóstica

1. Gestante de 40.3 semanas por FUR

2. Fase activa de trabajo de parto

- ✓ Plan de trabajo:

1.- Dieta blanda + líquidos a libre demanda

2.- Monitoreo materno fetal

3.- Apertura de partograma + curva de alerta

4.- Estimulación con oxitocina hasta dinámica uterina efectiva

5. CLNA 0.9% 1000 cc

6. Oxitocina 10 UI iniciar con 8 gotas
7. Control de funciones vitales + observación de signos de alarma
8. Se le realiza exámenes de laboratorio:
 - a. Hemograma: Hb 11.3 gr/dl, plaquetas 100.000
 - b. Urea: 31.2, creatinina: 0,59, glucosa 109.8 gr/dl, VHB (-), RPR (-)
 - c. Prueba antigénica COVID: no reactiva
 - d. Ecografía obstétrica confirma el diagnóstico
 - Evolución:
 - Pasa a centro obstétrico: El cual el parto se produce 2h después
 - Se le reevalúa a las 2h; paciente niega SAT al examen piel: T/H/E llenado capilar <2', abdomen B/D fondo uterino debajo de CU, GE: loquios hemáticos escasos, puntos de sutura bien afrontados, SNC despierto LOTE: EG:15 y los siguientes diagnósticos:
 1. Puerperio inmediato 2H
 2. Parto único espontáneo
 3. Desgarro perianal grado I
 4. Plaquetopenia
 - Al pase de visita de ese día llega el resultado de la Hb post parto de 9.7 gr/dl, agregándose al diagnóstico anemia moderada por lo que se indica Dexametasona 10 mg EV, luego 10 mg/ 6mg/ 6mg c/6h y se solicita:
 - Hemograma: leucocitos 12, 20, Hb: 9.1 gr/dl, plaquetas: 74.000
 - TGO: 31.7, TGP: 11,7, creatinina: 0,61
 - DHL: 227,5
 - Bilirrubinas totales: 0,50 BD: 0.09, BI: 0,41
 - Además de ello se inicia trámite para transfundir 6 paquetes de plaquetas, que se hizo efectiva y se le realizó un control con los siguientes resultados:

- Leucocitos 12.20, Hb: 10.1, Plaquetas 139.000

La paciente no mostró ningún signo de sangrado, y evolucionó en su último control de plaquetas, que tuvo como resultado 144.000. Por tal motivo es dada de alta, y se le programa para un control por consultorio externo en 7 días

CASO CLÍNICO N° 2

Paciente mujer de 25 años, con un tiempo de enfermedad de 3 semanas, acude a EMG referida de CMI Santa Rosa, refiere prurito palmo plantar, que se hace más intenso en las noches, sin tratamiento, percibe movimientos fetales, niega sangrado vaginal, pérdida de líquido amniótico, y refiere contracciones uterinas cada 5 min.

✓ Antecedentes:

- Obstétricos: G2P0010
- Quirúrgicos: niega
- RAM: niega

✓ Funciones vitales:

Temperatura: 36.8 °C

Presión arterial: 110/70 mmHg

Frecuencia respiratoria: 18 rpm

Frecuencia cardiaca: 75 lpm

Saturación: 98%

✓ Al examen físico:

En AREG, AREH, AREN

- Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez, no cianosis.
- Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: AU: 32cm, SPP: LCI, LCF: 150lpm, DU: 3X10, Ponderado fetal: 3300gr.
- Examen gineco-obstétrico: al tacto vaginal: Dilatación:3cm, Incorporación: 90%, Membrana íntegra, Altura de presentación: C-1, Variedad de presentación: OIIT.
- Aparato genitourinario: PPL (+) en el lado derecho, PRU (-).
- Neurológico: lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow (respuesta ocular: 4p, respuesta verbal: 5p, respuesta motora: 6p), no signos meníngeos o signos de focalización.

✓ Presunción diagnóstica

1. Gestante de 36.5ss x ECO I°T
2. Trabajo de parto prematuro
3. D/C Colestasis intrahepática

✓ Plan de trabajo

1. DB + LAV
2. CFV + OSA
3. Vía salinizada
4. Estimulación endógena
5. Reevaluación en 3 horas
6. Monitoreo intraparto STAT
7. Se le realiza exámenes de laboratorio:
 - Hb: 11.8 g/dl, urea 14.1 creatinina 0.51 plaquetas: 304.000

- BT: 0,41 BI: 0,7 BD: 0,34
- Ácidos biliares 12 umol/L, estos resultados confirman el diagnóstico de colestasis intrahepática gestacional
- Reevaluación:
- Pasa a centro obstétrico: Después de 7h de parto.
- Se reevalúa, el paciente refiere no presentar ninguna molestia, se solicita Hb post parto control el cual salió con resultado 9.3 mg/dl.
- Se le da de alta a la paciente al día siguiente, se le prescribe suplemento de hierro por vía oral, y con indicaciones para control por CMI en 7 días.

CASO CLINICO N° 3

Paciente mujer de 36 años, con un tiempo de enfermedad de 4 horas, acude a emergencia por presentar dolor en hemiabdomen inferior, que se irradia a la región lumbar, con una intensidad de (EVA:8/10), que se exacerba con el movimiento, asociado a náuseas y vómitos biliosos.

✓ Antecedentes:

- Obstétricos: G4P3003
- Quirúrgicos: Cesárea anterior 1 vez por preeclamsia
- RAM: niega
- Patológicos: diabetes mellitus tipo 2 sin tratamiento

✓ Funciones vitales:

Temperatura: 36.8 °C

Presión arterial: 90/60 mmHg

Frecuencia respiratoria: 20 rpm

Frecuencia cardiaca: 137 lpm

Saturación: 98%

- ✓ Al examen físico: En AREG, AREH, AREN
 - Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez, no cianosis.
 - Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
 - Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
 - Abdomen: Altura uterina: 24cm, SPP: indiferente, LCF: 155 lpm, DU: ausente, movimientos fetales: +
 - Examen gineco-obstétrico: al tacto vaginal: cérvix cerrado blando posterior, Incorporación: 40%, Membranas íntegras, Altura de presentación: fuera de pelvis.
 - Aparato genitourinario: PPL (+) en el lado derecho, PRU (-)
 - Neurológico: lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow (respuesta ocular: 4p, respuesta verbal: 5p, respuesta motora: 6p), no signos meníngeos o signos de focalización.
- ✓ Presunción diagnóstica:
 - Gestante de 24 semanas 5/7
 - Amenaza de parto pretérmino
 - Diabetes Mellitus por historia clínica
 - Edad materna avanzada
- ✓ Plan de trabajo
 1. NPO
 2. CINA 0.9% 1000cc + 300cc a chorro y luego 30 gotas por min
 3. Betametasona 12 mg IM STAT
 4. Diclofenaco 75 mg IM STAT
 5. Monitoreo materno fetal estricto
 6. Se hospitaliza a la paciente

7. Se le realiza exámenes de laboratorio:
 1. Hb: 14 mg/dl, Urea: 35.3, creatinina 0,72, plaquetas: 130.000, leucocitos: 31.500
 2. PCR: 44.5, glucosa: 411.1
 3. AGA: pH 7.24, HCO₃: 11.3
 4. Examen de orina: 5 a 10 leucocitos x campo, gérmenes 1+, glucosa 1+
- Solicitar interconsulta con medicina interna para el manejo de la hiperglucemia y desbalance hidroelectrolítico, revelado en el examen de gases arteriales. Se agregan los diagnósticos:
 - Diabetes mellitus descompensada: cetoacidosis diabética
- Modifican el tratamiento con unas nuevas indicaciones
 1. Dieta blanda hipoglucida
 2. Ranitidina 50 mg c/8 h
 3. Metamizol PRN T° mayor a 38.5
 4. Insulina 1000 UI con CLNA 0.9% 100 cc @3cc hora
 5. Insulina R escala móvil
 6. AGA y electrolitos c/8 h
- Se realiza un manejo conjunto de medicina interna con ginecología
- A los dos días el cuadro de cetoacidosis diabética se resuelve, la paciente no refiere ninguna molestia, por tal motivo se le da de alta, y se le programa control por centro materno infantil en 7 días.

CASO CLÍNICO N ° 4

Paciente mujer de 28 años de edad, con un tiempo de enfermedad de un día, acude a EMG, refiriendo desde hace 8h antes del ingreso presenta dolor pélvico

de una intensidad (EVA 7/10) que se exagera con el movimiento, asociado a un sangrado vaginal de regular cantidad. Trae una ecografía donde muestra que tiene una gestación de 5 semanas 5 días.

✓ Antecedentes:

- Obstétricos: G1P000
- Quirúrgicos: niega
- RAM: niega
- Patológicos: niega

✓ Funciones vitales

Temperatura: 37 °C

Presión arterial: 90/60 mmHg

Frecuencia respiratoria: 19 rpm

Frecuencia cardiaca: 70 lpm

Saturación: 98%

✓ Al examen físico: en AREG, AREH, AREN

- Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos, palidez +/-, no cianosis.
- Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: blando, depresible, RHA presente, doloroso a la palpación en hemiabdomen inferior

- Examen gineco-obstétrico: a la especuloscopia se evidencia sangrado vaginal rojo oscuro activo con coágulos
 - Neurológico: lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow (respuesta ocular: 4p, respuesta verbal: 5p, respuesta motora: 6p), no signos meníngeos o signos de focalización
- ✓ Presunción diagnóstica:

1. Aborto incompleto

- ✓ Plan de trabajo
- Se solicita exámenes de laboratorio y ecografía transvaginal
 1. Hb: 13,5 mg/dl, leucocitos 18.000, plaquetas: 230.000
 2. Urea y creatinina 30/ 0.65
 3. Examen de orina: no patológico
 4. VHB/ RPR/ COVID 19: no reactivo
 - En la ecografía transvaginal se observa saco gestacional de 15 mm, vesícula vitelina ausente y embrión ausente
 - Se hospitaliza a la paciente para realizarle el procedimiento de AMEU. Previo a ello, se le administra Misoprostol 400 ug, vía vaginal tres horas antes del procedimiento para así producir la maduración de cuello cervical, el cual se realiza en la mañana del día siguiente, en donde los hallazgos fueron un contenido endouterino de 20 cc, y un útero de 8 cm.
 - Se reevalúa a la paciente cuatro horas después del procedimiento, donde refiere no presentar ninguna molestia, por lo cual se le da de alta ese mismo día.

1.3 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

En el departamento de medicina interna se evalúan diferentes tipos de enfermedades. La rotación por este servicio se dividía en el tópico de emergencias, el piso de hospitalización y este a su vez en el pabellón de mujeres,

varones e intermedios, gastroenterología y neumología. El rol del interno era en tópico de emergencia, recibir al paciente, interrogar el motivo de consulta para con ello y una evaluación rápida, hacer triaje, establecer un diagnóstico. Posterior a ello una ampliación de anamnesis, y examen físico para plasmarlo en la historia clínica, además de pedir los exámenes auxiliares necesarios y realizar un plan de trabajo.

En piso de hospitalización se observan a los pacientes diariamente, se hace la presentación de camas en el pase de visita, se hacen efectivas las indicaciones por cada paciente luego del pase de visita, las curaciones de heridas, principalmente complicaciones como úlceras varicosas, por presión y pie diabético. Tanto en tópico de emergencias como en el piso de hospitalización algo importante para la práctica de los internos fue la toma de muestra para análisis de gases arteriales que se realizaba de manera rutinaria.

La experiencia en gastroenterología y neumología también fue de suma importancia, pues la variedad de los casos permitió a los internos ampliar el conocimiento y manejo de patologías como las hemorragias digestivas, pancreatitis, síndromes ascíticos, además de casos de tuberculosis, neumotórax y neoplasias pulmonares.

En general, la rotación por este servicio fue beneficiosa en conocimientos teóricos, pues los residentes invitaban a los internos a las exposiciones que se desarrollaban, y para la adquisición de habilidades blandas por tratar con pacientes que permanecían hospitalizados por un largo tiempo al ser pacientes crónicos- en su mayoría adultos mayores con varias patologías.

CASO CLÍNICO N° 1

Paciente mujer de 75 años, acude a la emergencia con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 4 meses, después de cirugía de corrección de hernia inguinal derecha, presenta aumento de volumen del abdomen junto con hinchazón de ambas piernas, asociado a ictericia, percibida por tinte amarillo en

los ojos por parte de familiar. Actualmente refiere 2 días de constipación, sin historia de estreñimiento, asociado a gran distensión y aumento de volumen del abdomen, junto con una baja de peso de más o menos 3 a 4 kg en los últimos 4 meses. Niega náuseas, vómitos u otras molestias.

Funciones vitales: hiporexia, constipación, resto sin alteraciones

- ✓ Antecedentes: cirugías previas (apendicectomía 33 años, colecistectomía 45 años, prolapso 53 años, hernioplastía hace 5 meses. Niega reacción adversa a medicamentos. Como antecedentes patológicos TBC pulmonar hace 10 años, con tratamiento completo.
- ✓ Funciones vitales
 - Temperatura: 37 °
 - Presión arterial: 110/70 mmHg
 - Frecuencia respiratoria: 18 rpm
 - Frecuencia cardíaca: 68 lpm
 - Saturación: 99%
- ✓ Al examen físico: paciente femenina en AREG, AREN, AREH
 - Piel y faneras: tibia, hidratada, poco elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos, palidez +/-, ictericia ++ en escleras
 - Aparato respiratorio: murmullo vesicular disminuido en hemitórax derecho a predominio basal, no se auscultan ruidos agregados.
 - Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
 - Abdomen: globuloso, distendido, leve tono ictérico, RHA aumentados en tono y frecuencia, blando poco depresible, no doloroso a la palpación profunda, signo de la oleada (+), matidez en todo el abdomen.

- Neurológico: lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow (respuesta ocular: 4p, respuesta verbal: 5p, respuesta motora: 6p), no signos meníngeos o signos de focalización
- ✓ Presunción diagnóstica:
1. Síndrome doloroso abdominal: constipación
 2. Síndrome ascítico y edematoso: D/C Hepatopatía crónica, cirrosis hepática descompensada, TBC peritoneal, carcinomatosis peritoneal.
- ✓ Plan de trabajo:
1. NaCl 0,9% 100cc +Ketoprofeno 100 mg + Metamizol 1gr + Dimenhidrinato 50 mg EV
 2. Enema evacuante STAT
 3. Se solicitan exámenes laboratoriales
 4. Paracentesis diagnóstica
- ✓ Reevaluación:
- Paciente evacúa 300cc
 - Resultados de laboratorio: leucocitos 4300, Hb 8 gr/dl, plaquetas 88.000, urea 22 creatinina 0.90, perfil hepático: albúmina 2,7, BT 1.54, BD 0.78, BI: 1.06, FA 434, TGO 40, TGP 17 GGT 42, PCR 3.34, examen de orina no patológico, proteínas totales 0.9 mg/dl
 - Cultivo químico de líquido ascítico: 30 células en recuento celular, PMN 18%, MN 82%, proteínas 0.9 gr/dl, albúmina 0.5 g/dl, GASA: 2.2, compatible con hipertensión portal
- Presunción diagnóstica:
 1. Cirrosis hepática de etiología no filiada descompensada (CHILD - B 8 puntos, MELDS: 13 puntos), con ascitis moderada.
 2. Bicitopenia (anemia, plaquetopenia)
 3. Constipación

- Se modifica tratamiento: dieta blanda hiposódica + líquidos + suplemento K, vía salinizada, Omeprazol 40 mg EV c/24h, Furosemida 40 mg VO c/24 h + espironolactona 100 mg VO c/24h, vitamina K 1 ampolla EV c/24h, metoclopramida 10 mg EV c/8h, lactulosa 10 cc VO c/12h, control de funciones vitales y balance hidroelectrolítico. Se solicitan marcadores tumorales (AFP, CEA, CA 19.9), HBSAg, anti HBC, VHC, VDRL estudio del líquido ascítico ADA, ecografía abdominal + doppler portal
- Resultados: ADA: 5.20 U/L
- Ecografía: signos ecográficos de hepatopatía difusa crónica (cirrosis hepática) abundante líquido libre, marcada esplenomegalia. Doppler: hepatopatía crónica con signos de hipertensión portal, vena porta 17 mm.
- Marcadores tumorales, no significativos.

CASO CLÍNICO N° 2

Paciente mujer de 49 años de edad, acude a la emergencia por presentar un tiempo de enfermedad de aproximadamente 20 días, caracterizado por tos con flema, que desde hace 5 días presenta sangre en forma de pequeños coágulos, asociada a pérdida de peso, malestar general y sudoración nocturna.

- ✓ Funciones biológicas: hiporexia, dificultad para conciliar el sueño. El resto de funciones sin alteración.
- ✓ Antecedentes: niega patologías, cirugías previas y reacción adversa a medicamentos. Como antecedentes familiares refieren que su hermano y su cuñado estuvieron en tratamiento por tuberculosis sensible y MDR, respectivamente.
- ✓ Funciones vitales
 - Temperatura: 36 °C
 - Presión arterial: 120/80 mmHg
 - Frecuencia respiratoria: 18 rpm
 - Frecuencia cardiaca: 82 lpm

- Saturación: 96%
- ✓ Al examen físico: En MREG, AREH, AREN, peso: 50, talla 1,55 IMC: 20.8
 - Piel y faneras: tibia, poco hidratada, poco elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos, palidez +/+++ , no cianosis.
 - Aparato respiratorio: murmullo vesicular disminuido en hemitórax derecho a predominio basal, no se auscultan ruidos agregados.
 - Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles
 - Abdomen: blando, depresible, RHA presentes, no doloroso a la palpación.
 - Neurológico: lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow (respuesta ocular: 4p, respuesta verbal: 5p, respuesta motora: 6p), no signos meníngeos o signos de focalización
- ✓ Presunción diagnóstica
 1. Tuberculosis pulmonar
 2. Hemoptisis
- ✓ Plan de trabajo
 1. Ácido tranexámico 500 mg 1 tab VO c/8h x 2 días
 2. Por el programa de control de tuberculosis: se solicita BK en esputo seriado de 2 días, cultivo, exámenes laboratoriales basales (hemograma completo, perfil hepático, perfil lipídico, urea y creatinina, glucosa y examen de orina completo), radiografía de tórax
- ✓ Reevaluación con resultados
 - BK en esputo ++/ +++
 - Radiografía de tórax: presencia de tres cavernas (primera de aproximadamente 2 x 3 cm, la segunda y tercera de 1 x 2 cm) en hemitórax derecho, en lóbulos medio e inferior, patrón intersticial, con presencia de tractos fibrosos pulmonares, ángulos costodiafragmáticos libres de líquido.

- Hemograma: Hb 13, 2 gr/dl, leucocitos 9000 mm³, plaquetas 120.000
- Glucosa: 89 mg/dl, Urea y creatinina: 0.6/ no reactivo
- Perfil hepático: TGO 19 U/L, TGP 17U/L BT: 0.5 BI: 0.2, BD: 0.3
- Perfil lipídico: Colesterol 196 mg/dl, triglicéridos 178 mg/dl, colesterol HDL: 58 LDL: 100 mg/dl
- Examen de orina no patológico
- ✓ Manejo: esquema sensible de TB pulmonar
 - a. Isoniacida 5 tabletas VO c/24h
 - b. Rifampicina 2 tabletas VO c/24h
 - c. Etambutol 3 tabletas VO c/24h
 - d. Pirazinamida 3 tabletas VO c/24h

CASO CLÍNICO N° 3

Paciente mujer de 32 años, quien presenta desde hace 1 día, dolor abdominal tipo cólico en región de hipocondrio derecho, de moderada a severa intensidad (EVA: 8/10) que se agrava con los movimientos y deambulación, refiere que el dolor empezó después de consumir comida copiosa, al cual se le agrega sensación de náuseas y vómitos.

- ✓ Funciones biológicas: hiporexia, el resto sin alteración
- ✓ Antecedentes:
 - Patológicos: litiasis vesicular desde hace 2 años
 - Niega antecedentes familiares, reacción adversa a medicamentos
- Funciones vitales
 - Temperatura: 36.8 °C
 - Presión arterial: 100/70 mmHg
 - Frecuencia respiratoria: 18 rpm
 - Frecuencia cardiaca: 80 lpm
 - Saturación: 98%
- Al examen físico: En AREG, AREH, AREN, Peso: 68 kg Talla: 1.55
IMC: 28.30

- Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez, o cianosis.
 - Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados
 - Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles
 - Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, no visceromegalia
 - Aparato genitourinario: PPL (-) en el lado derecho, PRU (-), no globo vesical.
 - Neurológico: lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow (respuesta ocular: 4p, respuesta verbal: 5p, respuesta motora: 6p), no signos meníngeos o signos de focalización.
- ✓ Presunción diagnóstica
1. Síndrome doloroso abdominal: Colecistitis crónica calculosa
- ✓ Plan de trabajo:
1. NaCl 0.9% 100cc
 2. Metamizol 1g EV
 3. Dimenhidrinato 50 mg EV
 4. Hioscina 20 mg EV
 5. Se le solicita exámenes de laboratorio, sin aparente alteración
 - a) Hb: 12,8 mg/dl Leucocitos: 17.000 plaquetas 260.000
 - b) Urea y creatinina: 12 / 0.63
 - c) Examen de orina no patológico
 - d) VHB/ RPR/ COVID: no reactivo
 6. Se reevalúa al paciente dentro de dos horas, y manifiesta que el dolor ha disminuido considerablemente y las náuseas, también por ello se le da de alta con indicaciones de sacar cita por consultorio externo de cirugía para el tratamiento de litiasis vesicular, y también se le indica consumir dieta blanda, evitando comidas grasosas.

CASO CLÍNICO N° 4

Paciente varón de 50 años, con un tiempo de enfermedad de 4 días, acude presentando congestión nasal, tos con expectoración amarillo verdoso, dificultad respiratoria que se exacerba con el movimiento que ha aumentado de intensidad, dolor de pecho, malestar general, el día del ingreso presenta sensación de alza térmica no cuantificada.

- ✓ Funciones biológicas: malestar general, hiporexia, dificultad para conciliar el sueño
- ✓ Antecedentes:
 - Patológicos: niega
 - Niega antecedentes familiares, reacción adversa a medicamentos
- ✓ Funciones vitales
 - Temperatura: 37.5 °C
 - Presión arterial: 100/80 mmHg
 - Frecuencia respiratoria: 32 rpm
 - Frecuencia cardiaca: 80 lpm
 - Saturación: 98%
- ✓ Al examen físico: En AREG, AREH, AREN
 - Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez, o cianosis.
 - Aparato respiratorio: murmullo vesicular disminuido en base de hemitórax derecho, se auscultan crepitantes difusos en ambas bases pulmonares
 - Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles
 - Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación, no visceromegalia
 - Aparato genitourinario: PPL (-) en el lado derecho, PRU (-), no globo vesical

- Neurológico: lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow (respuesta ocular: 4p, respuesta verbal: 5p, respuesta motora: 6p), no signos meníngeos o signos de focalización.
- ✓ Presunción diagnóstica
 1. D/C COVID 19
 2. D/C neumonía
- ✓ Plan de trabajo
 - Se le solicita una de radiografía de tórax anteroposterior y exámenes de laboratorio
 - a. Hemoglobina /hematocrito: 13.2 mg/dL/ 49.6 %
 - b. Leucocitos: 15000 y plaquetas:340000
 - c. Urea/creatinina: 0.8/1.1
 - d. Examen de orina no patológico
 - e. VHB/ RPR/ COVID: no reactivo
- En la radiografía de tórax se observa radiopacidad con un patrón de consolidación en el lóbulo superior derecho, que nos confirma el diagnóstico de neumonía.
- Se aplica la escala de CURB-65, en donde el puntaje alterado es de la taquipnea que presenta el paciente, y se le aplica punto por tanto. El manejo es ambulatorio.
- Se explicó al paciente que tiene que estar en reposo, controlar la temperatura, hidratarse con líquidos tibios, y se indica el inicio del tratamiento farmacológico antimicrobiano y analgésico:
 - El tratamiento en casa que se le dio fue de Amoxicilina 500 mg c/8h por 7 días e Ibuprofeno de 400 mg c/8h, por 5 días.

1.4 ROTACIÓN EN PEDIATRÍA

Pediatría constituye una rotación trascendental del internado médico, ya que evaluamos a una población diferente, que representa una gran mayoría de toda la población nacional. En los niños y bebés juega un papel importante la

inspección y la exploración física, se utiliza la anamnesis indirecta, interrogando de la manera más clara posible al acompañante, o de ser posible a los pacientes.

En este servicio los estudiantes en pediatría y neonatología: en hospitalización y emergencia se elaboraba una detallada historia clínica, examen físico y presentación del caso al asistente de turno para la posterior indicación del manejo. En hospitalización ocurría algo similar, con la diferencia de recepción y atención inmediata del recién nacido en neonatología, donde el interno tenía la oportunidad de hacer todos los procedimientos, siempre con la supervisión de un residente o médico especialista.

Además, se desarrollaban exposiciones de las patologías más frecuentemente atendidas en la emergencia (enfermedad diarreica aguda, síndrome obstructivo bronquial, asma, celulitis, abscesos, entre otros), designando 2 temas por cada interno, para así fijar conceptos de manera didáctica.

CASO CLÍNICO N° 1

Paciente varón de 1 año y 5 meses de edad es llevada a la emergencia por presentar desde hace 4 días antes del ingreso congestión nasal, tos seca. Dos días antes se le agrega sensación de alza térmica no cuantificada, además la madre comenta que ha disminuido su apetito. Un día antes del ingreso presentó dificultad para respirar. La madre notaba que se agitaba mucho y la tos se hizo más persistente, sentía que se ahogaba, presentó un episodio de fiebre. Por tal motivo, decide traerlo a emergencia.

- ✓ Funciones biológicas: hiporexia
- ✓ Antecedentes: niega hospitalizaciones, reacción adversa a medicamentos, y contacto COVID.
- ✓ Funciones vitales:
 - Temperatura: 38.5°C
 - Frecuencia respiratoria: 35 rpm
 - Frecuencia cardiaca: 118 lpm

- Saturación: 97%
- peso:13 kg
- ✓ Al examen físico:
 - Paciente despierto, alerta y, activo
 - Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2”, mucosas secas, signo del pliegue negativo
 - Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, se auscultan sibilantes difusos en bases de ambos campos pulmonares, y se observa tiraje subcostal.
 - Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
 - Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial y profunda
 - Neurológico: despierto, activo, moviliza extremidades, llanto enérgico.
- ✓ Presunción diagnóstica:
 1. Síndrome febril
 2. Bronquiolitis
- ✓ Plan de trabajo
 - Se usó la escala de Wood-Downes en el resultado fueron tres puntos. Por tal motivo, se clasificó en una bronquiolitis leve.
 - Se le da las indicaciones a la madre en donde para el manejo de fiebre, se le indica administrar Paracetamol 26 gotas cada 8h
 - Lactancia materna exclusiva a libre demanda, continuar con su alimentación habitual
 - Se le debe realizar limpieza de fosas nasales. Si la presencia de secreciones interfiere con la alimentación o el sueño, con suero fisiológico al 0.9%, se aplicará 5 a 10 gotas en cada fosa nasal, con la frecuencia necesaria para mantener libre de obstrucción
 - Se le pide a la madre identificar signos de alarma.

CASO CLÍNICO N° 2

Paciente mujer de 5 años edad es llevada a la emergencia, por presentar desde 2 días antes del ingreso sensación de alza térmica no cuantificada, en donde a la madre le aplicó medios físicos. Un día antes se le agrega diarrea sin moco y sangre (4 cámaras al día), náuseas, dolor abdominal, además la madre comenta que ha disminuido su apetito. El día del ingreso presentó fiebre no cuantificada y las diarreas se hicieron más frecuentes, llegando hacer 6 cámaras al día, y un episodio de vómito, razón por la cual decide traerlo a emergencia

- ✓ Funciones biológicas: hiporexia y deposiciones líquidas.
- ✓ Antecedentes: niega hospitalizaciones, reacción adversa a medicamentos, y contacto COVID.
- ✓ Funciones vitales:
 - Temperatura: 38.5°C
 - Frecuencia respiratoria: 33 rpm
 - Frecuencia cardiaca: 120 lpm
 - Saturación: 97%
 - Peso :23 kg
- ✓ Al examen físico:
 - Paciente despierto, alerta y, activo
 - Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2”, mucosas secas, signo del pliegue negativo
 - Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados
 - Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
 - Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos aumentados, timpanismo +/-, leve dolor a la palpación profunda en epigastrio
 - Neurológico: despierto, activo, moviliza extremidades, llanto enérgico.
 - Presunción diagnóstica:
 - Síndrome febril

- Gastroenteritis aguda
- ✓ Plan de trabajo
 - Se le administra 23 gotas de Metamizol en gotas para disminuir la fiebre, luego se le indica tolerancia oral con lactancia materna de poco a poco, cada 5 minutos, evaluar si presenta vómitos
 - Se reevalúa al paciente en 30 min, en donde ha tolerado bien la vía oral, no existen signos de deshidratación, además la fiebre ha disminuido a 37.5°
 - Por ello se le da indicaciones a la madre donde le prescribe Paracetamol en jarabe 14 ml cada 8 h por 3 días. Además, debe aumentar la ingesta de líquidos, continuar con la alimentación habitual, reconocer los signos de alarma (en caso de que presentara 3 o más vómitos en 1 hora, 10 deposiciones en 1 día, dificultad respiratoria, etc.) para que en caso que presentara acudiera al establecimiento de salud.
 - Se le informa que tiene que reevaluar al paciente dentro de 3 días, para ver el estado del paciente.

CASO CLÍNICO N° 3

Paciente mujer de 8 meses de edad es llevada a la emergencia por presentar deposiciones líquidas y fiebre, la madre informa que hace cinco días presenta fiebre ($T^{\circ} >38^{\circ}\text{C}$) por lo que se le medica con Paracetamol, además de disminución de apetito. A los 4 días fiebre recurre con las mismas características y repite medicación antipirética, en horas de la noche realiza primera deposición líquida sin moco, sin sangre. A los tres días fiebre persiste, deposiciones líquidas (3 veces al día), con las mismas características por lo que acude a centro de salud, donde se le administra una ampolla para la fiebre (no recuerda el nombre) y le realizan un hemograma. A los dos días persiste con fiebre y deposiciones líquidas, y al día siguiente día los síntomas persisten, por lo que acude al hospital, ya con resultados de análisis.

- ✓ Funciones biológicas: hiporexia y deposiciones líquidas.

- ✓ Antecedentes: niega hospitalizaciones, reacción adversa a medicamentos, y contacto COVID.
- ✓ Funciones vitales:
 - Temperatura: 39°C
 - Frecuencia respiratoria: 28 rpm
 - Frecuencia cardiaca: 131 lpm
 - Saturación: 97%
- ✓ Al examen físico:
 - Paciente despierta, alerta, activa, llanto sin lágrimas
 - Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2", mucosas secas, signo del pliegue negativo
 - Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados a la auscultación.
 - Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
 - Abdomen: globuloso, ruidos hidroaéreos presentes (+), blando, depresible, hígado 3 cm debajo del reborde costal, no impresiona dolor a la palpación profunda.
 - Neurológico: despierto, activo, moviliza extremidades, llanto enérgico.
- Madre muestra resultados sugestivos de infección urinaria y diarrea bacteriana.
 - Reacción inflamatoria en heces: verdoso, diarreico, moco presente, hematíes 4 - 6 x campo, leucocitos 88 - 90%, polimorfonucleares: 90%, mononucleares 10%
 - Examen de orina: nitritos (+), células epiteliales 3 a 7 x campo, leucocitos >80 x campo, hematíes 8 - 10 x campo.
 - Hemograma: Hb 9,5 gr/dl, leucocitos: 10.910, plaquetas: 471.000, neutrófilos abastoados 0%, neutrófilos segmentados 70%, linfocitos: 24%
- ✓ Presunción diagnóstica:
 1. Síndrome febril

2. Infección urinaria
 3. Diarrea aguda infecciosa: disentérica
 4. Anemia moderada
 5. Deshidratación moderada
 6. D/C trastorno hidroelectrolítico
- ✓ Plan:
1. Lactancia materna a demanda
 2. Alimentación complementaria I
 3. Dextrosa 5% 1000cc + NaCl 20% 40cc + KCl 20% 10cc : XXXV gotas por minuto
 4. Ceftriaxona 340 mg EV c/12h
 5. Control de funciones vitales, balance hidroelectrolítico
 6. Se solicita: hemograma, VSG, urea, creatinina, glucosa, electrolitos, urocultivo, ecografía renal
- ✓ Pasa a observación pediátrica
- ✓ Reevaluación:
- Resultados laboratoriales hospitalarios
 - Hemograma: Hb 9, 90 gr/dl leucocitos: 16.90 x 10³/mm³ plaquetas 599.000
 - VSG: 10 mm/h - Glucosa: 90 mg/dl
 - Uroanálisis: leucocitos 10 - 15 x campo, glucosa (+), nitritos (-)
 - Examen de leucocitos en heces: amarillo de consistencia diarreica, moco ++, leucocitos >50 x campo, PMN 70%, MN 30%
 - Urocultivo y antibiograma: >1000.000 UFC/ml en recuento de colonias, microorganismo aislado: *E.Coli*, sensible a ertapenem, gentamicina, imipenem, amikacina, piperacilina/tazobactam
 - Prueba antigénica COVID: no reactivo
 - Se efectiviza la hospitalización para manejo con los diagnósticos
 1. Pielonefritis
 2. DAI bacteriana
 3. Deshidratación moderada en remisión

4. Dermatitis de contacto por pañal

- Con el tratamiento de:

1. Lactancia materna + ablactación II (sin residuos)
2. Dextrosa 5% 1000cc + NaCl 20% 40cc + KCl 20% 10cc: X gotas por minuto
3. Ceftriaxona 340mg EV c/12h
4. Amikacina 127 mg EV c/24h
5. Bacilus clausi 1 ampolla bebible c/12h
6. Simeticona 80 mg: 17 gotas condicional a cólico o dolor abdominal
7. Óxido de zinc + nistatina: aplicar en región perineal en cada cambio de pañal
8. Control de funciones vitales + observación de signos de alarma.

CASO CLÍNICO N° 4

Paciente varón de 10 años, acude acompañado de madre a la emergencia con un tiempo de enfermedad de 5 días, refiriendo lesiones escoriativas distribuidas en región lumbar, antebrazos, manos y piernas, muy pruriginosas a predominio nocturno.

- ✓ Funciones biológicas: dificultad para conciliar el sueño debido a prurito, no refiere otras alteraciones.
- ✓ Antecedentes: niega patologías previas, cirugías, desconoce reacción adversa a medicamentos.
- ✓ Funciones vitales:
 - Temperatura: 37°C
 - Frecuencia respiratoria: 15 rpm
 - Frecuencia cardiaca: 86 lpm
 - Saturación: 98 %
- ✓ Al examen físico:
 - Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2", se observan lesiones de tipo escoriativas múltiples, papulares en región lumbar, MMSS: antebrazos, manos (interdigitales) y en MMII: piernas.

- Aparato respiratorio: murmullo vesicular y vibraciones vocales pasan bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no visceromegalia
- Aparato genitourinario: PPL (-), PRU (-), no globo vesical
- Neurológico: lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow (respuesta ocular: 4p, respuesta verbal: 5p, respuesta motora: 6p), no signos meníngeos o signos de focalización.
- Presunción diagnóstica:
 1. Escabiosis
- Plan
 1. Permetrina crema al 5%, vía tópica
 2. Alta con indicaciones de medidas higiénicas

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El 31 de mayo de 1939, durante el Gobierno del Mariscal Óscar Benavides, se ordenó la construcción del actual Hospital Nacional Sergio E. Bernales, inicialmente como establecimiento de salud dedicado a la atención de la población infantil de bajos recursos económicos que padecieron tuberculosis pulmonar, en un terreno donado por la familia Álvarez Calderón. En 1940, bajo la administración de la Comunidad Religiosa de Las Hermanas “Carmelitas” y bajo el nombre de Preventorio abrieron sus puertas al público en general. ⁽¹⁾

En 1959 el Preventorio pasaría a convertirse en el Sanitario de Collique, equipado para el tratamiento de enfermedades respiratorias, incrementando su infraestructura física y administrativa. Sin embargo, la creciente demanda de servicios de salud permitió que pase a ser el Hospital Infantil de Collique, el cual adoptó nuevos métodos en materia del tratamiento contra la tuberculosis. ⁽¹⁾

Durante 1970 se constituye como hospital general, pasando a llamarse Hospital Base N° 09, debido a cambios suscitados en esas épocas a nivel nacional. Finalmente, en 1982 toma el nombre de Hospital Sergio E. Bernales en memoria del médico y maestro de la medicina peruana, por iniciativa del Cuerpo Médico del Hospital. ⁽¹⁾

Está ubicado a la altura del kilómetro 14.5 de la Avenida Túpac Amaru, en el distrito de Comas, provincia y departamento de Lima. Los distritos con mayor procedencia de la demanda hospitalaria como población directa son Comas, Independencia y Carabaylo, y como población indirecta son las provincias de Huaral y Canta. ⁽¹⁾

El hospital es un órgano desconcentrado del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS), con categorización Nivel III - 1, de alta capacidad resolutive. Cuenta con atenciones de consulta externa, emergencia, hospitalización, unidad de cuidados intensivos y centro quirúrgico. ⁽²⁾

Tiene como objetivo la recuperación de la salud y rehabilitación de las capacidades de los pacientes; además de proteger la salud, prevenir y disminuir riesgos, apoyar la formación y especialización de los recursos clínicos.

El internado médico en nuestro medio, equivalente a las prácticas preprofesionales, es una etapa fundamental para el desarrollo de los futuros médicos, pues se afianzan los conocimientos teóricos con la destreza práctica, tanto para los procedimientos clínicos como para el trato y la relación médico-paciente.

La llegada de la pandemia ocasionó diversos cambios en la atención hospitalaria y en las actividades de los internos, quienes fueron adaptándose al periodo de transición entre la llamada normalidad, y el actual contexto de emergencia sanitaria.

El hospital redujo el aforo de pacientes en hospitalización, cerró algunas especialidades y consultorios externos, dejó de contar con algunos exámenes auxiliares, además de la redistribución de áreas de atención, para cumplir las disposiciones de distanciamiento inter personal. Los internos tuvieron restricciones en cuanto a la atención integral de pacientes y un menor flujo de patologías, perdiendo así la oportunidad de integración de conocimientos, por lo cual en algunas de las rotaciones se desarrollaron actividades académicas extracurriculares con médicos residentes y asistentes.

Para evitar el contagio, la provisión del equipo de protección personal fue constante, no se permitía el ingreso a las áreas COVID 19, y se aislaban a los pacientes que diesen positivo a la prueba antigénica o molecular de SARS-COVID-2.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

En el presente capítulo se hará una breve descripción de las patologías y del manejo de las mismas, basándonos en los casos clínicos previamente descritos, incluyendo una comparación de las patologías y sus respectivos manejos, con bibliografía actual de medicina basada en evidencia.

3.1. ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

CASO N°1: Abordaje de apendicitis aguda

La inflamación del apéndice vermiforme conocida como apendicitis aguda, es una de las causas más comunes de abdomen agudo (60%), y una de las indicaciones más frecuentes para un procedimiento quirúrgico abdominal de emergencia. ⁽³⁾

El mecanismo patogénico fundamental es la obstrucción de la luz apendicular, siendo los fecalitos la causa más frecuente en los adultos. Esto genera un aumento de la presión intraluminal, proliferación bacteriana y compromiso de la vascularidad que puede provocar necrosis de la pared, seguida de perforación.

Presenta 4 estadios que se caracterizan por el tiempo de presentación, gérmenes con mayor prevalencia, fisiopatología y clínica distintiva por cada estadio. ⁽⁴⁾

El diagnóstico es básicamente clínico. El dolor abdominal es el síntoma más común, siendo de naturaleza periumbilical, con una migración posterior al cuadrante inferior derecho, a medida que avanza la inflamación, las náuseas y vómitos suelen preceder al dolor, la fiebre alta se presenta en estadios avanzados. ⁽³⁾

La escala de Alvarado propuesta para el diagnóstico temprano, nos orienta al tipo de manejo. ⁽⁵⁾

Figura N°2. Escala de Alvarado modificada

Escala de Alvarado modificada	
Signos	Puntos
Dolor migratorio en la fosa iliaca derecha	1
Anorexia	1
Náusea/vómito	1
Hipersensibilidad en fosa iliaca derecha	2
<hr/>	
Rebote en fosa iliaca derecha	1
Elevación de la temperatura > 38 °C	1
Signos extras:	1
Rovsing, tos, hipersensibilidad rectal	
<hr/>	
Laboratorio	
Leucocitosis de 10,000-18,000 cel/mm ³	2

Nota: extraído de “Precisión diagnóstica de la escala RIPASA para el diagnóstico de apendicitis aguda: análisis comparativo con la escala de Alvarado modificada” (6)

Se interpreta de la siguiente manera:

- Riesgo bajo, 0 a 4 puntos: probabilidad de tener apendicitis de 7,7% requiere observación ambulatoria.
- Riesgo intermedio, 5 a 7 puntos: probabilidad de 57,6% de apendicitis, requiere hospitalización y solicitar exámenes de laboratorio, estudios de imagen, repitiendo la aplicación de la escala cada hora.
- Riesgo alto, 8 a 10 puntos: 90,6% de probabilidad de apendicitis, estos pacientes deben ser sometidos a cirugía de inmediato.

Existen otras escalas diagnósticas con determinación terapéutica como la propuesta en el 2010, Escala RIPASA, y la puntuación de respuesta inflamatoria a la apendicitis AIR.⁽⁵⁾

Al examen físico, los signos físicos comúnmente descritos incluyen el punto de sensibilidad McBurney, signo de Blumberg, signo de Rovsing, signo del psoas y el signo del obturador.

Algunos exámenes auxiliares resultan útiles para apoyar la presunción diagnóstica, la leucocitosis y desviación a la izquierda. Exámenes imagenológicos como la ecografía, tomografía computarizada y resonancia magnética a través de ciertos hallazgos sugieren apendicitis.

Es importante mencionar que algunos de los diagnósticos diferenciales como las diverticulitis, ileítis aguda, enfermedades inflamatorias intestinales, absceso tubo ovárico, enfermedad pélvica inflamatoria, entre otros. ⁽³⁾

En la apendicectomía, el abordaje quirúrgico puede ser de manera laparoscópica o abierta.

Con lo antes mencionado, se muestra que el paciente descrito se encuentra dentro de las características epidemiológicas en nuestro medio, siendo la apendicitis una patología frecuente dentro de la segunda y tercera década de vida, en varones, generalmente. ⁽³⁾

Además de presentar la manifestación clínica típica de dolor abdominal que se inició en el epigastrio, para posteriormente localizarse en fosa iliaca derecha, cumpliendo la conocida cronología de Murphy, la paciente presenta además hiporexia, sensación de náuseas y fiebre. Al examen físico: signo de Mc Burney positivo, signo de Rovsing positivo. En los exámenes auxiliares se observa leucocitosis.

Con esto se concluye que el paciente tiene 8 puntos en la escala de Alvarado, por lo que la conducta adecuada fue la apendicectomía inmediata.

Por el tiempo de desarrollo de la enfermedad, se presume de un cuadro complicado, encontrándose entre la fase necrosada/gangrenosa o perforada. Sin embargo, la clínica nos orienta hacia un cuadro necrosado ya que presenta fiebre, leucocitosis, no hay signos de peritonismo, por lo cual asumimos que aún no hay perforación apendicular.

La preparación preoperatoria fue nada por vía oral, hidratación con NaCl al 0,9% 1000cc treinta gotas por minuto, usando como antibióticos profilácticos Ceftriaxona 2 gr y Metronidazol 500 mg endovenosos, además de Omeprazol y Ketoprofeno. Estas medidas si bien fueron correctas, se prefieren como opciones de primera línea una dosis única de Cefotaxina 2gr, Cefotetán o la combinación de Cefazolina con Metronidazol.

El procedimiento quirúrgico de elección es la apendicectomía inmediata por abordaje laparoscópico. Sin embargo, en este caso se intervino con un abordaje abierto, encontrando un apéndice necrótico con las características ya descritas. La evidencia demuestra mayores ventajas con el abordaje laparoscópico, con una tasa más baja de infecciones de heridas, menos dolor en el postoperatorio y menor estancia hospitalaria. ⁽⁷⁾

El paciente presentó una evolución favorable, por lo que se le dio de alta a las 48 horas de intervención quirúrgica, sin complicación alguna ⁽⁸⁾. Con indicaciones ambulatorias de Ibuprofeno 400 mg vía oral 1 tableta cada 8 horas por 3 días, ciprofloxacino de 500 mg cada 12 horas y metronidazol de 500 mg cada 8 horas por 7 días, además de higiene diaria de la herida con agua y jabón, retiro de puntos en 7 días en su posta de salud y consulta por cirugía externa en 10 días.

CASO N° 2: Abordaje de litiasis renal

La nefrolitiasis es un problema común en la práctica clínica, se caracteriza por la presencia de cálculos en la vía urinaria, la forma de presentación más frecuente es el cólico renal con un dolor moderado a severo, y en mayor porcentaje en el lado derecho. En su mayoría, los litos están compuestos de oxalato de calcio. ⁽⁹⁾

El dolor es el síntoma más común, y varía desde un dolor leve imperceptible hasta un malestar que requiere analgesia parenteral, el sitio de la obstrucción determina la ubicación del dolor. La hematuria macroscópica o microscópica ocurre en la mayoría de los pacientes que presentan nefrolitiasis sintomática. Otros síntomas que se observan comúnmente incluyen náuseas, vómitos, disuria y urgencia urinaria.

Para el diagnóstico se debe de sospechar en todo paciente que presente cólico renal o dolor en el flanco, particularmente si el paciente tiene antecedentes de litiasis. En las pruebas de laboratorio se evalúan la función renal, análisis de orina para evaluar hematuria y signos de infección del tracto urinario.

La tomografía evalúa la densidad, el aspecto y tamaño del lito, siendo de elección la tomografía sin contraste (UROTEM). Se evalúa la extirpación quirúrgica según la presencia de síntomas, el tamaño y ubicación de los cálculos. ⁽¹⁰⁾

Las medidas de apoyo se centran en el control del dolor, usando antiinflamatorios no esteroideos u opioides en caso los pacientes tengan insuficiencia renal grave o no logren un alivio con los AINES. Inicialmente se administra ketorolaco, en espera de la expulsión del cálculo o la extracción quirúrgica se puede recetar Ibuprofeno.

Los cálculos más pequeños (< 5 mm) y distales tienen más probabilidades de eliminarse sin intervención, en pacientes con cálculos entre 5 a 10 mm. La literatura sugiere el uso de bloqueadores alfa-1 como la tamsulosina (0,4 mg una vez al día) hasta por cuatro semanas.

Las indicaciones para una intervención quirúrgica de emergencia incluyen a pacientes con cálculos obstructivos e infección del tracto urinario, pacientes con obstrucción bilateral/unilateral y lesión renal aguda, en tanto las indicaciones para una cirugía electiva son los cálculos > 10mm, cálculos renales sintomáticos, embarazadas en quienes ha fallado la observación y en casos de infección recurrente relacionada con cálculos. ⁽¹¹⁾

En el caso descrito tenemos a un paciente adulto mayor de 80 años, quien fue diagnosticado de litiasis renal hace 2 años, quien además padece de comorbilidades como la HTA y diabetes mellitus, acude a la emergencia por presentar dolor lumbar tipo cólico muy intenso, irradiado a la región inguinal, siendo esta la presentación típica de un cólico renal.

Sabiendo entonces que el paciente tiene como antecedente un lito de aproximadamente 3 cm según el informe del UROTEM, y no hace mención a algún tipo de tratamiento, además de presentar las manifestaciones clínicas y

laboratoriales probables, tenemos como presunción diagnóstica una litiasis renal derecha, que por ser sintomática y sobrepasar los 10 mm, requería de un procedimiento quirúrgico electivo.

En el manejo preoperatorio se piden exámenes laboratoriales en este caso no se demostró infección urinaria, pero si hematuria, en las pruebas imagenológicas se describen los hallazgos del UROTEM, la cobertura antibiótica profiláctica fue con meropenem. De acuerdo con las guías de manejo, esta debe de ser en dosis única ya sea vía oral o intravenosa, y con un elemento que cubra bacterias Gram (-) y Gram (+), de elección son las cefalosporinas de primera/segunda generación o un aminoglucósido más metronidazol o clindamicina. ⁽¹¹⁾

La opción quirúrgica de elección para el paciente es la nefrolitotomía percutánea, por tener un cálculo mayor a los 20mm. Además de la colocación de una sonda de nefrostomía que facilita el drenaje del riñón, y permite el reingreso al sistema colector en caso sea necesario.

El paciente tuvo una buena recuperación, sin complicaciones, se le dio de alta con indicaciones de ingesta de líquidos abundantes y citrato de potasio para evitar la hiperuricosuria, y así un cuadro recurrente.

CASO N° 3: Abordaje de colecistitis crónica reagudizada

La colecistitis crónica se produce por irritación mecánica o ataques recurrentes de una colecistitis aguda, que conduce a fibrosis y engrosamiento de la vesícula biliar, casi siempre secundaria a la presencia de cálculos biliares. ⁽¹²⁾

Cómo principales factores de riesgo están la edad, el sexo femenino, la obesidad, pérdida de peso, la nutrición parenteral, el aumento de triglicéridos, el embarazo. Por otro lado, existen también factores protectores, tal es el caso del consumo de café, las proteínas vegetales y el ácido ascórbico.

En la colecistitis aguda litiásica se presenta una obstrucción intermitente debido a los cálculos biliares, causando distensión de la vesícula e inflamación de su pared, que se manifiesta como un dolor tipo cólico en hipocondrio derecho, de

duración aproximada mayor a 5 horas, irradiado a la espalda y que se acompaña de náuseas, vómito y fiebre de entre 37.5 y 39°C. ⁽¹³⁾

Al examen físico destaca el signo de Murphy que es la reacción, en un área de hipersensibilidad en el hipocondrio derecho, a la palpación manual durante la inspiración profunda.

En los estudios de laboratorio hay presencia de leucocitosis, hiperbilirrubinemia y aumento de la fosfatasa alcalina. Dentro de los métodos diagnósticos de imagen, la ultrasonografía es la de primera elección.

Se deben de descartar otras patologías similares cómo la úlcera péptica perforada, apendicitis aguda, obstrucción intestinal, cólico renal, hepatitis aguda y herpes zóster.

En cuanto al manejo, inicialmente requiere hospitalización, nada por vía oral (NPO), reposo, fluidoterapia, analgésicos y antibióticos, el tratamiento de elección quirúrgico es la colecistectomía laparoscópica.

En el caso de la paciente, presentaba factores de riesgo para el desarrollo de cálculos (ser mujer y obesidad), tiene como antecedente el diagnóstico de litiasis vesicular desde hace 3 años sin referir tratamiento, además de indicios de inadecuado control alimenticio (IMC: 30.6). Acude a la emergencia por un episodio agudo de 8 horas de evolución tras ingesta de comida copiosa, lo que habría desencadenado la respuesta inflamatoria.

Los análisis de Laboratorio no presentan ninguna alteración. En la ultrasonografía se observa una vesícula biliar de 55 x 22 mm, con una pared de 4 mm y múltiples cálculos que emiten sombra acústica posterior.

Se decide realizar una colecistectomía, en este caso de tipo subtotal reconstituyente la cual tiene como ventaja la menor tasa de filtración e infección del sitio operatorio en comparación con la fenestrada. ^(14,40)

Nuestra paciente tuvo una buena recuperación, siendo dada de alta a las 48 horas, sin ningún tipo de complicación.

CASO N° 4: Abordaje de un absceso glúteo

Los casos de infecciones a la piel y tejidos blandos, pueden ser celulitis, abscesos o ambos. Se manifiestan como un área de eritema, edema y calor en la piel, resultado de la entrada de bacterias a través de brechas en el epitelio.

El absceso cutáneo es la acumulación de tejido purulento dentro de la dermis o del espacio subcutáneo, y afecta frecuentemente a los adultos de mediana edad a mayores.

Existen factores predisponentes cómo la inflamación de la piel, edema por alteración del drenaje linfático, alteración de la barrera cutánea debido a un traumatismo, obesidad, inmunosupresión, entre otros, pero puede ocurrir en individuos sanos sin condiciones predisponentes. ⁽¹⁵⁾

La causa más común de un absceso cutáneo es *S. aureus*, el absceso se manifiesta cómo un nódulo eritematoso, fluctuante y doloroso, con o sin celulitis circundante no siempre acompañado de fiebre, escalofríos o toxicidad sistémica.

El diagnóstico principalmente se basa en las manifestaciones clínicas, los pacientes con abscesos para drenar, como el mencionado, deben someterse a una incisión y drenaje. ⁽¹⁶⁾

Para el caso clínico anteriormente descrito, tenemos a un paciente con antecedente de lesión menor en glúteo, que funcionó como puerta de entrada de la infección, con un tiempo de aproximadamente 2 semanas, no tuvo mejoría pese a las curaciones de manera ambulatoria, esto debido a que no eran las medidas adecuadas para tratar este tipo de lesión.

El papel de la antibioticoterapia está indicado en abscesos únicos de >2 cm, celulitis circundante extensa, inmunosupresión asociada u otras comorbilidades. El paciente presenta diabetes mellitus e HTA. La terapia antimicrobiana disminuye también el riesgo de abscesos recurrentes, se sugiere el uso de trimetropin - sulfametoxazol más clindamicina o tetraciclinas (doxiciclina). Sin embargo, se administró Ceftriaxona 2 gr asociado a Metronidazol. ⁽¹⁶⁾

Posterior a una semana de hospitalización postoperatoria, el paciente pudo recuperarse sin presentar mayor complicación.

3.2. ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA

CASO N° 1: Plaquetopenia gestacional

La trombocitopenia gestacional es una de las patologías poco frecuentes que suceden en la gestación, su incidencia oscila entre 5 al 11% ⁽¹⁷⁾, y generalmente no presenta signos de sangrado. Se supone que la posible causa sea la hemodilución que ocurre en el embarazo, el diagnóstico se establece con un resultado de plaquetas menor igual de 100.000 a 150.000, el cual se corrige a las 2 semanas post parto. La paciente ingresa presenta contracciones uterinas en fase activa de labor de parto con dilatación de 5cm, por ello se le realiza todos los procedimientos prequirúrgicos, en donde en el hemograma muestra una trombocitopenia leve, con un valor de 100.000 plaquetas.

No se muestran signos de sangrado al examen físico, el parto se produjo dos horas después, se le solicita un hemograma 6h posterior al parto, donde ya se encuentra una caída de las plaquetas a 74 000, además de una anemia moderada. Considerando el diagnóstico de bicitopenia, se le administró corticoides, ya que aumenta el recuento plaquetario, y sulfato ferroso, 2 veces al día para la anemia. ⁽¹⁸⁾

Agregado a ello, se le solicitó un perfil de preeclampsia ya que, debido a la caída considerable de plaquetas, se debería de hacer un descarte del síndrome de Hellp. Sin embargo, con los resultados de la bioquímica no se halló ninguna alteración.

Se le realizó una interconsulta a medicina interna, donde se solicitó transfundir 6 paquetes de plaquetas, el cual fue aceptado por la paciente, y se reveló un aumento considerable de las plaquetas, agregado a eso la enferma no presentaba ningún signo de sangrado ni otras molestias, se le realizó un control post transfusión de plaquetas, donde hubo un aumento considerable de plaquetas, llegando a estar dentro del rango normal, por tal motivo se dio de alta.

CASO CLÍNICO N° 2: Colestasis intrahepática gestacional

La colestasis intrahepática es una de las causas de prurito en el embarazo que se manifiesta en el tercer trimestre y se desarrolla durante el embarazo. Se caracteriza por la presencia de prurito que afecta las palma de las manos y planta del pie con mayor frecuencia, pero también se puede extender por todo el cuerpo por las noches. Nuestra paciente presenta una sintomatología clara relacionada con este diagnóstico por tal motivo se piensa en ese diagnóstico.

La colestasis intrahepática es una enfermedad hepática más frecuente del embarazo ⁽¹⁹⁾ que puede ser causada debido a diversas causas tanto genéticas, ambientales y estrogénicas. El diagnóstico se establece mediante la medición de ácidos biliares en ayunas el cual un valor superior a 10 $\mu\text{mol/L}$ ⁽²⁰⁾ en nuestra paciente si se cumplía; con respecto al tratamiento se debe realizar oportunamente para evitar complicaciones, va de acuerdo a la edad gestacional del paciente si es menor a 37 semanas el medicamento indicado es ácido ursodesoxicólico en una dosis de 15 mg/kg/día, que puede ser fraccionado en 2 tomas o 3 hasta el momento del parto.

Este medicamento disminuye los síntomas el prurito, y revierte los valores de los ácidos biliares aumentando su excreción; en caso de que tenga más de 37 semanas se debe inducir al parto. En este caso la paciente acude ya presentando contracciones uterinas, y se encontraba en fase latente de trabajo, con una dilatación de 3 cm, motivo por el cual se le realiza el monitoreo materno-fetal en donde no se observa ninguna alteración, y el parto se produce sin ninguna interurrencia.

CASO CLÍNICO N° 3: Cetoacidosis diabética en la gestación

La cetoacidosis diabética en la gestación tiene un rango de frecuencia que oscila en un 1.2% ⁽²¹⁾ esto se ha logrado gracias al oportuno tratamiento con insulina y un control metabólico, se caracteriza por la presencia de glucosa en sangre mayor a 250 mg/dL asociado a una acidosis metabólica con valores de pH < 7.3 y bicarbonato sérico < 15 mEq/dL ⁽²²⁾ en el caso presentado la paciente llega manifestando náuseas, vómitos biliosos e dolor en hemiabdomen inferior, y

cuenta con el antecedente de diabetes mellitus, sin seguir ningún tratamiento. Para ello se le realiza sus exámenes de laboratorio donde mostraron una hiperglucemia de 411.1, pH de 7.25, HCO₃ de 8.4, cetonemia positiva en 1 cruz, se le realiza interconsulta a medicina, el cual confirma el diagnóstico, y empieza el tratamiento con insulino terapia 0.1UI/kg, se le repone el volumen perdido y se hace un control de medio interno. El objetivo de la glucemia en las pacientes es de 100 a 150 mg/dL, según la literatura revisada, el manejo se basa en lo aplicado en la paciente no se recomienda la inducción del parto. ⁽²³⁾

CASO N° 4: Aborto incompleto

El aborto incompleto es una de las emergencias obstétricas más frecuentes, además es una de las primeras causas de hospitalización gineco-obstétrica en la mayoría de los establecimientos de salud de los países en vías de desarrollo, ya que constituye en un factor de riesgo muy alto de morbilidad materna, la cual se define con la expulsión parcial del contenido uterino producto de la gestación que está asociado a sangrado, y en donde los orificios cervical interno y externo están abiertos ⁽²⁴⁾.

En el caso presentado, la paciente tiene un diagnóstico de una gestación de 5 semanas y 5 días, ella presenta al momento del ingreso dolor pélvico, asociado a sangrado vaginal lo cual nos confirma el diagnóstico de aborto incompleto. El tratamiento de este puede ser realizado de dos formas, mediante el uso de misoprostol que es el tratamiento médico, o el tratamiento quirúrgico de acuerdo a lo que prefiere la paciente, en este caso se le hizo maduración cervical con 400 ug de misoprostol antes del procedimiento de AMEU, que se aplica cuando la edad gestacional es menor de 12 semanas, de acuerdo a lo establecido por la OMS ⁽²⁵⁾, el procedimiento fue bien tolerado por la paciente y no tuvo ninguna complicación.

3.3. ROTACIÓN EN MEDICINA INTERNA

CASO N° 1: Abordaje de la ascitis

La acumulación de líquido dentro de la cavidad peritoneal produce la ascitis, a menudo se debe a la hipertensión portal resultante generalmente de cirrosis. Los pacientes suelen tener distensión abdominal asociado a síntomas de malestar general, dificultad respiratoria y aumento de peso, además de síntomas de la causa subyacente. ⁽²⁶⁾

En el caso presentado, tenemos a una mujer adulta mayor que acude a la emergencia presentando un cuadro crónico, caracterizado por aumento de volumen abdominal, edema en miembros inferiores e ictericia en piel y escleras, por la anamnesis, examen físico y datos laboratoriales se plantea como diagnóstico un síndrome ascítico y edematoso a descartar hepatopatías, tuberculosis y carcinomatosis peritoneal.

El examen físico muestra un abdomen icterico, globuloso, distendido, con signos de ascitis como oleada (+), matidez en todo el abdomen.

La etiología más frecuente en nuestro medio es la cirrosis, para el caso no se tenían antecedentes de importancia, por lo que se hicieron estudios del líquido ascítico y su composición, posterior a una paracentesis que ayudaría además el descarte o confirmación una peritonitis bacteriana espontánea. Las pruebas que se realizan del líquido ascítico incluyen evaluación de la apariencia, determinar el gradiente albúmina de suero a ascitis (GASA), recuento celular y diferencial, concentración de proteínas totales, citología y nivel de antígeno carcinoembrionario. ⁽²⁶⁾

Los resultados del análisis del líquido ascítico mostraron líquido amarillento de aspecto ligeramente turbio, con 18% de PMN, proteínas 0.9g/d, albúmina 0,5 g/dl, leucocitos 2 - 3 x campo. La gradiente de albúmina sérica- ascitis, permite identificar con precisión la presencia de hipertensión portal, la presencia de un gradiente $>1,1$ g/dl predice que el paciente tiene hipertensión portal, un gradiente $<1,1$ g/dl indica que el paciente no tiene hipertensión portal, el cálculo se realiza mediante la diferencia de la concentración de albúmina sérica y la albúmina en

líquido ascítico en este caso 2,7 g/dl - 0,5 g/dl = GASA 2.2, lo que nos indica la presencia de hipertensión portal. Dentro de las causas para la HTP están la cirrosis, la ascitis cardiaca, hepatitis alcohólica, síndrome de Budd-Chiari, trombosis de la vena portal y metástasis hepáticas.

Planteando el diagnóstico de cirrosis se aplicó el score de Child - Pugh, colocándole una puntuación 8 y con eso en la clasificación B, por lo que la paciente presenta un compromiso funcional significativo, con un pronóstico de 80% de sobrevida al año y un 60% a los 2 años.

La concentración del antígeno carcinoembrionario, alfa fetoproteína y CA 19.9, fueron no significativos, al igual que los exámenes para poder descartar antecedentes de hepatitis.

En el tratamiento para las ascitis moderadas, como es el caso, es indispensable el uso de diuréticos y de antagonistas de la aldosterona, se aplicó un manejo combinado con furosemida y espironolactona para mantener un balance de electrolitos normal, ya que presentaba edema periférico. Se inicia con 100 mg de Espironolactona y 40 mg de Gurosemida, con una toma matutina por vía oral, siendo la dosis de topa 400 mg y 160 mg respectivamente.

La respuesta al tratamiento puede evaluarse con los cambios en el peso corporal, pruebas de laboratorio y evaluación clínica, en este caso, era pesada diariamente, y la tasa de pérdida de peso no debía exceder de 0,5 kg por día sin presencia de edemas y 1 kg con edemas. La mujer evolucionó, respondiendo bien al manejo terapéutico, siendo dada de alta a las 2 semanas de hospitalización. (27,28)

CASO CLÍNICO N° 2: Abordaje de la tuberculosis pulmonar

El Perú, tiene el 14% de los casos estimados de tuberculosis en la Región de las Américas⁽²⁹⁾, siendo una de las enfermedades infecto-contagiosas con más concentración de casos no sólo sensibles, sino también una alta incidencia de casos multidrogorresistentes y extremadamente multidrogorresistentes.

En el caso descrito, se presenta a una paciente, quien acude presentando síntomas del cuadro característico de una infección por tuberculosis, como son el tiempo de enfermedad >15 días, tos persistente, pérdida de peso, malestar general y sudoración nocturna, asociado además a un cuadro de hemoptisis leve, por lo que se le piden los exámenes basales según la norma técnica, con los que se diagnostica bacteriológicamente con un BK en esputo ++/+++, radiológicamente se evidencian 3 cavernas ubicadas 1 en lóbulo medio, 2 en lóbulo inferior de hemitórax y pulmón derecho, con los datos descritos ya podemos hacer un diagnóstico de TBC pulmonar que al resultado del GeneXpert muestra sensibilidad, pudiendo así manejarse con los antituberculosos de primera línea isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol. ⁽³⁰⁾

CASO CLÍNICO N° 3: Abordaje de Cólico Biliar

La litiasis vesicular es una patología muy frecuente en un 11.13% de población mundial ya que predispone a la morbimortalidad en todo el mundo, predomina más en mujeres con una proporción de 2:1, con respecto a los hombres y va aumentando notablemente su incidencia con la edad.

En el siguiente caso presentado, se muestra un paciente con antecedente de litiasis vesicular desde hace 2 años, que acude por presentar dolor tipo cólico asociado a la ingesta de comida copiosa, por lo que se le cataloga como cólico biliar por la sintomatología que presenta, en el cual según la bibliografía revisada se le debe administrar analgésicos o antiespasmódicos para el manejo del dolor el cual si se le administraron a la paciente. El cólico biliar es de duración limitada, no requiere ingreso hospitalario, si es que presenta otros síntomas como que el dolor abdominal perdure más de 6h, ictericia, coluria y alguna alteración en los exámenes de laboratorio se le realizaría una cirugía de emergencia.

Cuando se reevaluó a la paciente, el dolor había disminuido considerablemente por tal motivo se le indicó que programe cita para cirugía general, para que la programen para sala de operaciones. ⁽³¹⁾

CASO N° 4: Abordaje de Neumonía Adquirida en la Comunidad

La Neumonía es una de las causas de morbimortalidad que se presenta en las edades extremas de la vida, la cual se caracteriza por presentar una sintomatología de tos con expectoración, fiebre, escalofríos, malestar general a los cuales se le agrega taquipnea, disnea, dificultad respiratoria y taquicardia.

Un paciente de 55 años el cual llega con una clínica característica que nos hace sospechar de una neumonía, lo cual podría ser a causa de la enfermedad de COVID-19, ya que se podría sospechar de ello, por la pandemia en la que estamos enfrentando, pero se le realiza su prueba de descarte en la cual salió negativa, por tanto lo catalogamos como una neumonía adquirida en la comunidad, en donde en caso de adultos el cual el agente causal más probable es *Streptococcus pneumoniae* (32) en mayor frecuencia.

Al paciente se le realizó la escala de CURB-65, que nos permite evaluar el índice de severidad de la NAC en donde se evalúan los siguientes criterios (Confusión, Urea > 7 mmol/L, Frecuencia Respiratoria \geq 30 rpm, Presión arterial sistólica < 90 mm Hg y/o diastólica \leq 60 mm Hg, Edad \geq 65 años). De acuerdo a esa escala se decide qué manejo se le debe dar, en este paciente lo que está alterado es la frecuencia respiratoria que era mayor de 30 lo cual se consideró 1 punto, en los demás criterios no hubo alteración, por tanto, se le dio un manejo ambulatorio, y el tratamiento que se le brindó fue el apropiado según la guía del MNSA.

3.4. ROTACIÓN EN PEDIATRÍA

CASO N° 1: Bronquiolitis

La bronquiolitis se define como el primer episodio de tos con sibilancias en niños menores de 2 años al cual se le agrega congestión nasal por 3 a 5 días, en donde puede haber fiebre, también se observa esfuerzo respiratorio que se revela en el examen físico con el uso de musculatura accesoria, taquipnea, el cual puede ser causado por una infección por virus que es lo más frecuente en un 70% de los casos, el principal agente causal es el virus sincitial respiratorio o de origen bacteriano; como diagnóstico diferencial también está neumonía, asma de inicio temprano, reflujo gastroesofágico, etc.

El diagnóstico se establece por la evaluación clínica, en donde no es necesario realizar pruebas de laboratorio o radiografía de tórax. En el caso clínico presentado nos habla de un niño de 1 año y 5 meses que no tiene antecedentes patológicos, ingresa presentando fiebre, taquipnea, se observa tiraje subcostal, ya que presenta dificultad respiratoria. Al examen físico se auscultan sibilantes difusos en bases de ambos hemitórax, los que nos hace suponer bronquiolitis.

Se usó la escala de Tal donde evalúa la gravedad de la bronquitis donde se evalúan los siguientes criterios ⁽³³⁾:

Figura 3. Escala de Tal modificada

	0	1	2	3
FR:				
Edad < 6m	≤ 40 rpm	41-55 rpm	56-70 rpm	≥ 70 rpm
Edad > 6m	≤ 30 rpm	31-45 rpm	46-60 rpm	≥ 60 rpm
Sibilancias /crepitantes	No	Sibilancias solo en espiración	Sibilancias inspiratorias/ espiratorias audibles con fonendoscopio	Sibilancias inspiratorias/ espiratorias audibles sin fonendoscopio
Retracciones	No	Leves: subcostal, intercostal	Moderadas: intercostales	Intensas: intercostales y supraesternales; cabeceo
Sat O ₂	≥ 95%	92-94%	90-91%	≤ 89%

Nota: Esta escala clasifica la bronquiolitis aguda en leve ≤ 5 puntos, moderada de 6 a 10 puntos y severa mayor de ≥11 puntos, extraído de "Bronquiolitis y Bronquitis" elaborado por M. Ridao Redondo (33)

De acuerdo ello, el paciente estaba presentando una bronquiolitis leve, por lo tanto, se le va a aplicar medidas de prevención y generales donde se utiliza el acrónimo "FALTAN" donde se realiza las siguientes acciones

- Manejo de la fiebre, en la cual se usa Paracetamol condicional a fiebre mayor de 38 agregado a eso utilizar medios físicos
- Alentar a la madre que lo alimente con alimentos habituales los cuales no contengan alto contenido de azúcares , sea bajo en grasas y alto en proteínas.
- Incrementar el aporte de líquidos de preferencia que no sean azucarados

- Evitar el uso de antitusígenos
- Vigilar los signos de alarma, los cuales son dificultad para respirar, persistencia de fiebre, aun si le haya administrado una antipirético, a pesar de 48 horas de tratamiento, vómitos frecuentes y si hay compromiso del sensorio
- Limpieza de las fosas nasales, si la presencia de secreciones interfiere con la alimentación o el sueño
- Reevaluación del niño en 2 días, para ver cuál es su estado general, y si el episodio de bronquiolitis ya ha cedido

CASO N° 2: Gastroenteritis aguda

Según la OMS, las EDA representan la segunda causa de morbimortalidad en niños menores de 5 años. La enfermedad diarreica aguda se caracteriza por una disminución de la consistencia de las deposiciones que pueden tener rasgos de moco o sangre, y aumento de frecuencia de las mismas con más de 3 cámaras al día que se puede acompañar de fiebre, náuseas y vómitos; la duración de los síntomas es menor de 14 días.

La etiología de la infección puede ser a causa viral en mayor frecuencia, bacteriana o parasitaria en menor frecuencia. Una de las complicaciones más severas de la EDA es la deshidratación ya que por los episodios de diarrea se pierden electrolitos. ⁽³⁴⁾

La deshidratación se identifica mediante el examen físico del paciente en el cual lo podremos clasificar el grado de deshidratación que presenta como se ve en la siguiente tabla. ⁽³⁵⁾

Figura 2. Signos de depleción de volumen en lactante y niño

Hallazgo	Leve (3 a 5%)	Moderado (6 a 9%)	Grave (≥10%)
Legumbres	Tarifa completa, normal	Rápido*	Rápido* y débil o ausente
Presión sistólica	Normal	Normal a bajo	Bajo
Respiraciones	Normal	Profundo, la velocidad puede aumentar	Profunda, taquipnea o disminuida a ausente
Mucosa bucal	Pegajoso o ligeramente seco	Seco	Tostado
fontanela anterior	Normal	Hundido	Marcadamente hundido
Ojos	Normal	Hundido	Marcadamente hundido
Turgencia de la piel	Normal	Reducido	tienda de campaña
Piel	Normal	Frio	Acrocianosis fría, moteada
Producción de orina	Normal o levemente reducido	marcadamente reducido	Anuria
Signos sistémicos	aumento de la sed	Apatía, irritabilidad	Gruñidos, letargo, coma

Nota: Esta tabla clasifica los niveles de deshidratación, fue extraído de Acute viral gastroenteritis in children in resource-rich countries: Clinical features and diagnosis de Uptodate

CASO CLÍNICO N° 3: Manejo de la infección del tracto urinario

La infección del tracto urinario es una de las infecciones más frecuentes en pediatría, siendo más frecuente en el sexo femenino, la sintomatología en niños, sobre todo en los 2 primeros años, no es específica, siendo la fiebre sin foco aparente la manifestación más frecuente. ⁽³⁶⁾

Ante la sospecha y la poca sintomatología, se recomienda un análisis de orina. En el presente caso, llega una paciente de 8 meses de edad, presentando un síndrome febril (T° 39°) sin foco aparente, no significativo al examen físico, con resultados de laboratorio en la emergencia de leucocituria: >80 leucocitos por campo y de 8-10 hematíes, posteriormente se registra en el urianálisis, leucocituria de 10 a 15 leucocitos por campo, nitritos (-), en el urocultivo >1000.000 UFC/ml y E.coli como microorganismo aislado, resultados del antibiograma con sensibilidad a ertapenem, gentamicina, imipenem y piperacilina/tazobactam.

Se confirma la sospecha clínica de una infección urinaria, por el recuento >50000 col/ml y la presencia E.coli, siendo este el germen más frecuentemente presente ⁽³⁷⁾, clasificando además el cuadro como una pielonefritis aguda, o una infección del tracto urinario alto.

La paciente cursa además con el diagnóstico de diarrea aguda infecciosa bacteriana una deshidratación moderada, por presentar deposiciones líquidas dos días antes del ingreso, con características de heces verdosas, con moco, hematíes, >50 leucocitos y PMN en un 70% a la prueba de reacción inflamatoria en heces, siendo la afectación del estado general con la deshidratación (llanto sin lágrimas, mucosas secas) y la persistencia de fiebre (T >38,5°C), criterios de hospitalización en la menor.

Como parte del manejo se indicó el uso de Ceftriaxona y Amikacina como tratamiento antibiótico endovenoso, útiles según resultados del urocultivo y antibiograma, además de las recomendaciones de guías de manejo: en niños mayores de 3 meses con afectación moderada Ceftriaxona EV o IM 75mg/kg/c 12h ⁽³⁷⁾ , como tratamiento empírico de una infección urinaria febril el uso de cefalosporinas de tercera generación por VO o parenteral, y como alternativa Amoxicilina-ácido clavulánico o un aminoglucósido, administrado en dosis única diaria. ⁽³⁶⁾

CASO CLÍNICO N° 4: Manejo de Escabiosis

La escabiosis o sarna es la infestación de la piel por el ácaro *Sarcoptes scabiei*, variedad hominis, se caracteriza por una erupción intensamente pruriginosa con pequeñas pápulas, excoriadas localizadas en los dedos de las manos, aspectos flexores y extensores de las muñecas, axilas, cintura, piel periumbilical, genitales, muslos adyacentes, nalgas y lados posteriores - laterales de los pies. ⁽³⁸⁾

La transmisión generalmente ocurre a través del contacto directo y prolongado piel a piel, las condiciones de hacinamiento aumentan el riesgo de infestación.

El prurito es la característica clínica predominante en la sarna clásica, predominantemente nocturna, los síntomas comienzan de tres a seis semanas después de la infestación. Los hallazgos cutáneos típicos son las múltiples pápulas pequeñas eritematosas, a menudo excoriadas, también pueden estar presentes líneas serpiginosas delgadas (madrigueras), ronchas, vesículas y pústulas. ⁽³⁸⁾

El diagnóstico es principalmente clínico, debe sospecharse en pacientes que presenten prurito generalizado que empeora por la noche, erupción pruriginosa con lesiones y otros miembros del hogar con síntomas generales. Se confirma a través de la detección del ácaro de la sarna, huevos o gránulos fecales a través de un examen microscópico. ⁽³⁸⁾

El manejo implica la erradicación de la infestación, manejo del prurito, tratamiento de contactos personales cercanos, y aplicar medidas ambientales para minimizar la transmisión y recurrencia.

Dentro de las opciones de tratamiento de primera línea se usan la Permetrina e Ivermectina. La primera se administra de manera tópica en la piel desde el cuello hasta los pies, y después de 8 a 14 horas eliminarse mediante lavado con una segunda aplicación una o dos semanas más tarde. La Ivermectina oral es una alternativa parasitaria, consiste en una dosis única de 200 mg/kg, seguida de una dosis repetida después de una o dos semanas. Terapias alternativas incluyen al benzoato de bencilo, azufre y lindano. ⁽³⁹⁾

En el caso presentado tenemos a un niño de 10 años, que presenta escoriaciones producto del rascado por lesiones muy pruriginosas en cintura, antebrazos, manos y piernas. En la exploración física se observan las lesiones a manera de pápulas.

Con la ampliación de la anamnesis se sabe que el entorno familiar del paciente también presenta un cuadro clínico similar, sugiriendo así el diagnóstico de escabiosis, para lo cual se indica el tratamiento tópico y las medidas higiénicas ambulatorias. El tratamiento aplicado fue en base a las guías actualizadas que sugieren el uso de Permetrina como primera línea.

La presentación del caso es importante por ser una patología frecuentemente consultada.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico es parte fundamental del proceso de aprendizaje de la carrera, en él se aplican los conocimientos adquiridos durante los siete años de estudios. La crisis sanitaria trajo muchos cambios, dentro de ellos la reducción de tiempo del internado, que se redujo de 12 meses a 10 meses y de los cuales. La mitad del tiempo se harían las prácticas en los hospitales y la otra mitad del tiempo en establecimientos de primer nivel de atención, esto debido a la cantidad de internos por servicio. Además, hubo modificaciones en el aforo de cada centro hospitalario.

Dentro de los grandes cambios a raíz de la pandemia podemos mencionar, el uso de equipos de protección personal que si bien es cierto son un pilar fundamental para todos los trabajadores en salud en cuanto a protección y cuidado se refiere, interferían y limitaban la comunicación con el paciente. Otro punto importante para considerar es la disminución de variedad de patologías atendidas, puesto que, por el aforo y distanciamiento social, se redujeron las camas en hospitalización, y los mismos pacientes por el temor de contagiarse evitaban saturar los tópicos de emergencia.

Las autoras del presente trabajo tuvieron la oportunidad de pasar por las 4 rotaciones hospitalarias, comenzando por el servicio de cirugía general donde se logró el máximo provecho de los turnos completos de 12 horas en el tópico de emergencia, ya sea suturando y apoyando en programar a un paciente para sala de operaciones, donde se podía instrumentar y cerrar piel; como punto no favorable era que, en su totalidad, los procedimientos quirúrgicos eran de emergencia, más no electivos. Los pases de visita en hospitalización también fueron provechosos, teniendo tiempo de retroalimentación con algunos de los residentes.

Continuando con la rotación de gineco - obstetricia, se pudo evaluar y atender a las gestantes y mujeres, siendo tal vez un punto de desventaja el no haber tenido prácticas clínicas de dicho segmento. Sin embargo, si se permitía

hacer el examen físico exhaustivo siempre supervisado y guiado. Para la atención de los partos eutócicos se compartían actividades con las internas de obstetricia.

Medicina interna fue de las rotaciones más exigentes, pues demandaba las horas de guardia en emergencia y las de hospitalización donde se realizaban las curaciones, seguimiento y efectivización de exámenes auxiliares, donde primaba el realizar un trabajo en equipo con los co - internos para no retrasar los pendientes. La mayor parte de pacientes hospitalizados en el servicio son personas con múltiples afecciones y patologías por las que llevan un tiempo considerable internados (hospitalizados).

La última rotación fue la de pediatría, donde se pudo desarrollar habilidades blandas para tener una mejor comunicación con los pequeños, y así poder hacer un adecuado examen físico. Si bien se realizaban actividades académicas como exposición de casos y charlas educativas, fue un factor en contra el tiempo de rotación, pues la rotación se subdividió en neonatología y pediatría teniendo 2 semanas y unos cuantos días por área. De manera general, se puede afirmar que esa ha sido la gran desventaja con respecto al internado de años anteriores, una rotación de aproximadamente 5 semanas por servicio.

En el actual contexto se ha podido mostrar la realidad de los sistemas de salud, la falta de insumos, la antigüedad de la infraestructura hospitalaria, y el equipamiento inadecuado para desarrollar procedimientos actualizados y de vanguardia.

El papel del estudiante de medicina ha tenido variaciones a lo largo del tiempo, y sin duda, tener como experiencia un internado en medio de una crisis sanitaria otorga una mayor capacidad de resiliencia, mayor empatía con los pacientes, fortalecer el trabajo en equipo, y trabajar enfrentando los problemas del actual sistema de salud, es una experiencia que ayudará a todos los internos a ser mejores profesionales.

CONCLUSIONES

- El internado médico es un periodo muy importante, en el cual los internos aprenden no solo a diferenciar las presentaciones clínicas por cada patología en los pacientes evaluados, sino que se aplica todo el conocimiento y la mejor atención posible, para darle así un tratamiento adecuado e integral a los pacientes.
- El inicio de esta etapa tuvo además de incertidumbre, una carga emotiva por el retorno a las prácticas hospitalarias luego de haber tenido por el contexto de pandemia, y una enseñanza en línea.
- Las prácticas preprofesionales han tenido cambios durante la crisis sanitaria. Sin embargo, el aprendizaje ha sido constante, sin modificar los principios básicos, como son el manejo integral de las patologías y el abordaje de los pacientes como personas, brindándoles un trato empático y solidario, y logrando adaptarnos y desempeñarnos bien en cada área.
- Hemos experimentado y aprendido del sistema sanitario en nuestro país, cómo es su funcionamiento, sus limitaciones de insumos, de máquinas diagnósticas, de la mala y precaria infraestructura; trabajando, y a veces, resolviendo cada uno de estos inconvenientes de la mejor manera posible.
- Durante el tiempo de rotación hospitalaria y en el primer nivel de atención la universidad utilizó, cómo apoyo a la formación de la práctica médica, plataformas en línea para el desarrollo de casos clínicos y seminarios.

RECOMENDACIONES

A raíz de la experiencia de un internado médico en épocas de una crisis sanitaria por la pandemia, recomendamos que se permita y extienda la rotación en establecimientos de mayor complejidad como hospitales, puesto que son pilares importantes, donde se atiende una variedad amplia de patologías que un interno debe reconocer y manejar, además de la inclusión de los internos en la mayor parte de procedimientos posibles, para un mejor entrenamiento profesional.

Se sugiere además realizar un adecuado equipamiento con equipos de protección personal, mejorar la infraestructura hospitalaria, renovar y/o reparar los equipos de ayuda diagnóstica, y aumentar el número de camas en los pisos de hospitalización, ya que el Hospital Nacional Sergio E. Bernales es uno de los nosocomios con mayor demanda poblacional.

BIBLIOGRAFIA

1. Análisis Situacional de la Salud del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. MINSA [Internet]. 2013 [citado 14 de febrero de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/13149/PLAN_13149_2014_2da_parte_ASIS_2013_HNSEB_a.pdf.
2. HOSPITAL SERGIO BERNALES RECIBE CATEGORIZACIÓN NIVEL III – 1 [Internet]. DIRIS. [citado 15 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.dirislimanorte.gob.pe/hospital-sergio-bernales-recibe-categorizacion-nivel-iii-1/>
3. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 16 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
4. Tomas A. Pancorvo E. et al. Guía de Práctica Clínica del Departamento de Cirugía General del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. Diagnóstico y Manejo de la Apendicitis Aguda. Lima HEJCU. 2017.p 1- 60. Disponible en: https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/Resoluci%C3%B3n_Directoral_N273-2017-DG
HEJCU_Guia_de_Practica_Clinica_Diagnostico_y_Manejo_de_Apendicitis_Aguda_compressed.pdf
5. Apendicitis Aguda [Internet]. Guías de Práctica Clínica. [citado 16 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://guidelines.international/gpc/apendicitis-aguda>
6. Reyes-García Nallely, Zaldívar-Ramírez Felipe Rafael, Cruz-Martínez Rodrigo, Sandoval-Martínez Marco Diego, Gutiérrez-Banda Carlos Alfredo, Athié-Gutiérrez César. Precisión diagnóstica de la escala RIPASA para el diagnóstico de apendicitis aguda: análisis comparativo con la escala de Alvarado modificada. Cir. gen [revista en la Internet]. 2012 jun [citado 2022 Feb 16]; 34(2): 101-106. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992012000200002&lng=es.

7. Management of acute appendicitis in adults - UpToDate [Internet]. [citado 16 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
8. Norma técnica de salud de los servicios de emergencia. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Servicios de Salud. NT N° 042- MINSA / DGSP-V.01. Lima – Perú 2007.
9. Taype-Huamaní Waldo, Ayala-García Ricardo, Rodríguez-Gonzales Ricardo, Amado-Tineo José. Características y evolución de pacientes con litiasis urinaria en emergencia de un hospital terciario. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2020 Oct [citado 2022 Feb 17]; 20(4): 608-613. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312020000400608&lng=es. <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i4.2922>
10. Kidney stones in adults: Diagnosis and acute management of suspected nephrolithiasis - UpToDate [Internet]. [citado 17 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/kidney-stones-in-adults-diagnosis-and-acute-management-of-suspected-nephrolithiasis?search=litiasis%20renal%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
11. Kidney stones in adults: Surgical management of kidney and ureteral stones - UpToDate [Internet]. [citado 17 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/kidney-stones-in-adults-surgical-management-of-kidney-and-ureteral-stones?search=litiasis%20renal%20&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
12. Acute calculous cholecystitis: Clinical features and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 26 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical->

- [features-and-diagnosis?search=colescistitis%20calculosa%20cronica&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](#)
13. Pérez Huitrón María Ameyali, Ocaña Monroy Jorge Luis. Colecistitis crónica litiásica agudizada: una consulta frecuente en la guardia médica. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2018 Ago [citado 2022 Feb 17]; 61(4): 35-37. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000400035&lng=es.
 14. Sierra-Sierra S, Zapata F, Mendez M, Portillo S, Restrepo C. Colectomía subtotal: una alternativa en el manejo de la colecistectomía difícil. Rev Colomb Cir. 16 de octubre de 2020;35(4):593-600.
 15. Cellulitis and skin abscess: Epidemiology, microbiology, clinical manifestations, and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 17 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/cellulitis-and-skin-abscess-epidemiology-microbiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=absceso%20gluteo&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4
 16. Cellulitis and skin abscess in adults: Treatment- UpToDate [Internet]. [citado 17 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/cellulitis-and-skin-abscess-in-adults-treatment?search=celulitis%20y%20absceso&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
 17. Abordaje integral y práctico de la trombocitopenia en el embarazo. Med Int Mex. 37(4).
 18. Vol. 25 Núm. Extraordinario (2021): XXV Congreso Argentino de Hematología | Revista Hematología. [citado 17 de febrero de 2022]; Disponible en: <https://revistahematologia.com.ar/index.php/Revista/issue/view/29>
 19. Intrahepatic cholestasis of pregnancy - UpToDate [Internet]. [citado 17 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/intrahepatic-cholestasis-of->

- [pregnancy?search=colestasis%20intrahep%C3%A1tica%20del%20embarazo&source=search_result&selectedTitle=1~65&usage_type=default&display_rank=1](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000300011&lng=es)
20. Poma Pedro A.. Colestasis del embarazo. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2013 Jul [citado 2022 Feb 17] ; 59(3): 207-224. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000300011&lng=es.
 21. Rivas M M, Belmar Z P, Durruty A P, Sanhueza M L, López S G. Cetoacidosis diabética normoglicemia en el embarazo: Caso clínico. Rev méd Chile. octubre de 2016;144(10):1360-4
 22. Kitabchi AE, Umpierrez GE, Miles JM, Fisher JN. Hyperglycemic Crises in Adult Patients With Diabetes. Diabetes Care. 1 de julio de 2009;32(7):1335-43.
 23. Pregestacional (preexisting) diabetes mellitus: Obstetric issues and management- UpToDate [Internet]. [citado 17 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pregestacional-preexisting-diabetes-mellitus-obstetric-issues-and-management?search=cetoacidosis%20diab%C3%A1tica%20en%20el%20embarazo§ionRank=1&usage_type=default&anchor=H27&source=machineLearning&selectedTitle=1~150&display_rank=1#H27
 24. Normativa 109. Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas. :296.
 25. Organización Mundial de la Salud. Manual de práctica clínica para un aborto seguro [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 [citado 18 de febrero de 2022]. 64 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/134747>
 26. Evaluation of adults with ascites- UpToDate [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-adults-with->

- [ascites?search=ascitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/ascites-in-adults-with-cirrhosis-initial-therapy?search=ascitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
27. Ascites in adults with cirrhosis: Initial therapy - UpToDate [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/ascites-in-adults-with-cirrhosis-initial-therapy?search=ascitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
28. Bosques Padilla FJ, Bosques Padilla FJ, Rivera Ramos JF, Rizo Robles MT, Medina González A, Torres Flores E. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de la ascitis. Aspectos terapéuticos de la ascitis no complicada. Rev Gastroenterol Mex. 1 de octubre de 2009;74(4):392-5.
29. Calixto RP, <https://www.facebook.com/pahowho>. OPS/OMS Perú - OPS/OMS Perú | OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2018 [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www3.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=4075:tuberculosis&Itemid=0
30. Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. RM No. 715- 2013/MINSA NTS N°. 104- MINSA/DGSP- V.01. Lima: Ministerio de salud; 2013.
31. Overview of gallstone disease in adults - UpToDate [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-gallstone-disease-in-adults?search=colic%20biliary&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
32. Sociedad Peruana de Enfermedades Infecciosas, Organización Panamericana de la Salud. Guía de práctica clínica: neumonía adquirida en la comunidad en adultos. Lima: SPEIT: OPS; 2009.
33. Redondo MR. Bronquiolitis y bronquitis. Pediatría Integral. 2021;25(1).

34. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años - Versión extensa -. :133.
35. Acute viral gastroenteritis in children in resource-rich countries: Clinical features and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-viral-gastroenteritis-in-children-in-resource-rich-countries-clinical-features-and-diagnosis?search=gastroenteritis%20aguda&topicRef=5902&source=see_link
36. Rodríguez JDG, Fernández LMR. INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN LA INFANCIA. :18.
37. Troche AV, Araya S. Infección urinaria: un problema frecuente en Pediatría. Revisión de la literatura. Pediatría (Asunción). 23 de octubre de 2018;45(2):165-9.
38. Scabies: Epidemiology, clinical features, and diagnosis- UpToDate [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/scabies-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis?search=escabiosis&source=search_result&selectedTitle=1~100&usage_type=default&display_rank=1
39. Scabies: Management - UpToDate [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/scabies-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis?search=escabiosis&source=search_result&selectedTitle=1~100&usage_type=default&display_rank=1
40. Sierra-Sierra S, Zapata F, Mendez M, Portillo S, Restrepo C. Colectectomía subtotal: una alternativa en el manejo de la colectectomía difícil. Rev Colomb Cir. 16 de octubre de 2020;35(4):593-600.