



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN LA CLÍNICA
GOOD HOPE MAYO 2022 – FEBRERO 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

DIEGO ERIK MARTÍNEZ TORRES

ASESOR

HENRY NELSON MORMONTOY CALVO

LIMA - PERÚ

2023



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN LA CLÍNICA
GOOD HOPE MAYO 2022 – FEBRERO 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
DIEGO ERIK MARTÍNEZ TORRES**

**ASESOR
MGTR. HENRY NELSON MORMONTOY CALVO**

**LIMA, PERÚ
2023**

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

A mis padres, por su incondicional apoyo emocional en los momentos de éxito y tropiezos durante todos los años de la carrera

A mi tía quien, a pesar de ya no estar entre nosotros, siempre creyó en mí y estuvo en todo momento para apoyarme

A mis maestros, por sus enseñanzas y estar siempre dispuestos para absolver mis dudas

ÍNDICE

PORTADA	i
DEDICATORIA	iii
INDICE	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Cirugía General	1
1.1.1 Caso clínico de Cirugía General n.º 1	1
1.1.2 Caso clínico de Cirugía General n.º 2	2
1.2 Medicina Interna	4
1.2.1 Caso clínico de Medicina Interna n.º 1	4
1.2.2 Caso clínico de Medicina Interna n.º 2	6
1.3 Pediatría	7
1.3.1 Caso clínico de Pediatría n.º 1	7
1.3.2 Caso clínico de Pediatría n.º 2	9
1.4 Ginecología y Obstetricia	11
1.4.1 Caso clínico de Ginecología y Obstetricia n.º 1	11
1.4.2 Caso clínico de Ginecología y Obstetricia n.º 2	13
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	15
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	17
3.1 Manejo de Casos clínicos de Cirugía General	17
3.1.1 Manejo de Caso clínico de Cirugía General n.º 1	17
3.1.2 Manejo de Caso clínico de Cirugía General n.º 2	18
3.2 Manejo de casos de Medicina Interna	19
3.2.1 Manejo de Caso clínico de Medicina Interna n.º 1	19
3.2.2 Manejo de Caso clínico de Medicina Interna n.º 2	21
3.3 Manejo de casos de Pediatría	22
3.3.1 Manejo de Caso clínico de Pediatría n.º 1	22
3.3.2 Manejo de Caso clínico de Pediatría n.º 2	23
3.4 Manejo de casos de Ginecología y Obstetricia	25
3.4.1 Manejo de Caso clínico de Ginecología y Obstetricia n.º 1	25
3.4.2 Manejo de Caso clínico de Ginecología y Obstetricia n.º 2	27
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	29

CONCLUSIONES	33
RECOMENDACIONES	34
FUENTES DE INFORMACIÓN	35
ANEXOS	39
1. Score de Alvarado	39

RESUMEN

El internado médico constituye el último periodo de la carrera de medicina con el cual se concluye la formación profesional del estudiante dentro de hospitales, clínicas o establecimientos de salud, quienes están bajo la supervisión de médicos experimentados pertenecientes a las principales especialidades por las cuales se rota: Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Medicina Interna y Pediatría. En esta etapa, los futuros galenos van adquiriendo y reforzando conocimientos y experiencias que les permitirá ganar la confianza suficiente para afrontar las labores propias de nuestra profesión con el fin de desenvolverse en la práctica clínica. **Objetivo:** Plasmar las experiencias de los conocimientos y habilidades adquiridas durante el internado médico en la Clínica Good Hope, dar a conocer el contexto donde se desarrolló y la trascendencia de estos como futuros profesionales egresados. **Metodología:** Se describirán las vivencias y casos clínicos más representativos en los cuales tuve participación en la Clínica Good Hope durante mi permanencia en el periodo comprendido entre mayo de 2022 hasta febrero de 2023. Se detallará tanto el método con el que se llegó al diagnóstico como el tratamiento con el uso de la medicina basada en evidencias. **Conclusiones:** En el internado médico se refuerzan y adquieren nuevos conocimientos indispensables para el desenvolvimiento del futuro médico en el campo laboral con el fin de brindarle la mejor atención y tratamiento al paciente.

Palabras clave: Internado Médico, Clínica Good Hope, Trabajo de Suficiencia Profesional.

ABSTRACT

The medical internship is the last period of the medical career in which the student's professional training is completed in hospitals, clinics or health establishments under the supervision of experienced physicians belonging to the main specialties in which they rotate: Gynecology and Obstetrics, General Surgery, Internal Medicine and Pediatrics. During this stage, the future physicians acquire and reinforce knowledge and experiences that will allow them to gain enough confidence to face the tasks of our profession in order to be able to perform in clinical practice. **Objective:** To describe the experiences of the knowledge and skills acquired during the medical internship at the Good Hope Clinic, to make known the context where it was developed and the transcendence of these as future graduated professionals. **Methodology:** The most representative experiences and clinical cases in which I participated in the Good Hope Clinic during my stay in the period from May 2022 to February 2023 will be described. Both the method by which the diagnosis was reached and the treatment using evidence-based medicine will be detailed. **Conclusions:** The medical internship reinforces and acquires new indispensable knowledge for the development of the future physician in the working field in order to be able to provide the best care and treatment to the patient.

Keywords: Medical Internship, Good Hope Clinic, Professional Sufficiency Work.

INTRODUCCIÓN

El internado médico comprende el último año de la carrera del estudiante de medicina en donde ejerce los conocimientos teórico-prácticos adquiridos en las cuatro (4) especialidades principales: Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, Ginecología y Obstetricia. Los estudiantes siguen el proceso de salud-enfermedad de los pacientes en las distintas instituciones siempre bajo las enseñanzas y orientaciones de los médicos asistentes o residentes, los cuales guían en el actuar de los internos. Adicionalmente, este periodo sirve para la adaptación del estudiante al ambiente laboral y rutinas que llevan a cabo en su día a día los profesionales de la salud que no solo involucra la parte clínica, sino también la administrativa, interpersonal y humanitaria.

Realicé mi internado médico en la Clínica Good Hope en Miraflores-Lima desde mayo de 2022 hasta febrero de 2023 y en el presente trabajo de suficiencia profesional se expondrán distintos casos clínicos vividos dentro de las distintas especialidades junto a un breve análisis del manejo de los mismos.

También se realizará un comentario sobre las funciones que tenía asignado el interno de medicina dentro de la institución, la metodología de enseñanza para las distintas actividades académicas, la distribución de los horarios, etc.

Al concluir se dará una reflexión final sobre cómo fue la percepción del autor sobre esta etapa que se ha vivido y se brindaran algunas sugerencias sobre cómo podría mejorar la formación del estudiante de medicina dentro de la institución

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN LA CLÍNICA GOOD HOPE MAYO 2022
- FEBRERO 2023**

AUTOR

DIEGO ERIK MARTÍNEZ TORRES

RECuento de palabras

10762 Words

Recuento de caracteres

59143 Characters

Recuento de páginas

47 Pages

Tamaño del archivo

136.1KB

Fecha de entrega

Apr 4, 2023 1:51 PM GMT-5

Fecha del informe

Apr 4, 2023 1:52 PM GMT-5

● **5% de similitud general**

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

- 5% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



**Mgtr. HENRY NELSON MORMONTOY CALVO
ASESOR**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9230-337X>

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Cirugía General

1.1.1 Caso clínico de Cirugía General n.º 1

- Anamnesis:

Relato: Paciente, varón de 59 años, refiere que luego de haber cargado una caja de víveres presenta, desde hace aproximadamente 8 meses, una sensación de masa a nivel inguinal derecho que incrementa con el esfuerzo físico reduce manualmente y no disminuye con los cambios de posición. Señala que en las últimas semanas la masa ha incrementado de tamaño y se ha añadido leve dolor en dicha zona. Niega sensación de alza térmica, náuseas/vómitos u otro signo de alarma. Acude por admisión hospitalaria para cirugía programada.

Antecedentes: Niega antecedentes patológicos y quirúrgicos. No refiere reacción adversa a medicamentos ni consumo de alguna medicación habitual.

- Examen físico

Funciones vitales: FC:99 lpm, FR:10 rpm, PA: 110/70mmHg, T°: 37.1 °C, SpO2: 99 %

Abdomen: RHA presentes. Abdomen blando depresible no doloroso a la palpación superficial o profunda. Se palpa masa inguinal derecha por encima de pliegue inguinal de aproximadamente 3x3 cm que reduce a la compresión manual sin flogosis o cambios de coloración de la piel. Valsalva (+) Maniobra de Landivar (-) Coopley (-).

Resto del examen físico no contributivo.

- Impresión diagnóstica

Masa inguinal

- Hernia inguinal directa vs indirecta incoercible
- D/C hernia femoral
- D/C hidrocele enquistado

- Exámenes auxiliares ambulatorios

Ecografía de partes blandas ambulatoria: Dilatación de anillo inguinal

profundo de 1cm, con protrusión de asas intestinales a través de este.

- **Plan de trabajo**

NPO

NaCl 0.9 % 1L EV + 2 Hipersodio + 1 Kallium a 43 ml/h.

Cefazolina 2g EV 30 minutos antes de SOP.

CFV c/6 horas.

Hernioplastia inguinal derecha con técnica de TAPP: Defecto de 2 cm que se halla lateral a los vasos epigástricos. Se disecciona parcialmente el saco, cuidadosamente, debido a que se halla adherido firmemente a cordón espermático. Contenido del saco son asas intestinales. Se procede a poner malla de polipropileno cubriendo de esa manera el defecto y lugares predisponentes a herniación.

- **Diagnóstico final**

1. Postoperado de hernioplastia inguinal derecha
2. Hernia inguinal indirecta incoercible resuelta

1.1.2 Caso clínico de Cirugía General n.º 2

- **Anamnesis**

Relato: Paciente, mujer de 32 años, llega a emergencia refiriendo que desde hace 10 horas presenta un dolor en mesogastrio que a las pocas horas migra a cuadrante inferior derecho, es tipo cólico y de alta intensidad sin posición antiálgica que calmó con analgésicos momentáneamente. Niega hiporexia, náuseas, fiebre o síntomas urinarios.

Antecedentes: Niega antecedentes patológicos y quirúrgicos. No refiere reacción adversa a medicamentos ni consumo de alguna medicación habitual, fecha de última regla: hace 14 días.

- **Examen físico**

Funciones vitales: FC: 102 lpm, PA: 120/70 mmHg, FR: 18 rpm, Tº: 37.2. °C, SpO2: 97 %.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos disminuidos, dolor a la palpación superficial y profunda en la fosa iliaca derecha. McBurney (+) Rovsing (-) Dunphy (+)

Signo de rebote (-).

Resto del examen físico normal.

- **Impresión diagnóstica**

Abdomen agudo:

- Apendicitis aguda
- D/C diverticulitis cecal
- D/C torsión ovárica
- D/c embarazo ectópico roto

- **Plan de trabajo de emergencia**

Hemograma completo: Leucocitosis (15214/microL) con desviación izquierda (neutrófilos 82 % y bastonados 5 %).

PCR: 112 mg/dl.

B-HCG: <0.5 unidades/L.

Ecografía abdominal inferior: Apéndice cecal de paredes congestivas 4mm con diámetro de 5mm con signos inflamatorios de la grasa periapendicular. Resto de órganos sin alteraciones. Se coordina con centro quirúrgico para programación de apendicetomía laparoscópica.

Exámenes prequirúrgicos: Negativos.

- **Tratamiento**

- NPO
- NaCl 0.9 % 1L: 30 gotas/min.
- Cefazolina 2G EV 30 minutos antes de SOP
- Ranitidina 50mg EV
- Metoclopramida 10mg EV
- Apendicectomía laparoscópica: Apéndice retrocecal hiperémico congestivo con contenido supurativo de aproximadamente 12cm

- **Diagnósticos finales**

1. Postoperada de apendicetomía laparoscópica
2. Apendicitis aguda supurativa no perforada resuelta

1.2 Medicina Interna

1.2.1 Caso clínico de Medicina Interna n.º 1

- Anamnesis

Relato: Paciente, varón de 70 años, que es traído por paramédicos por presentar pérdida del sensorio. Familiar señala que desde hace aproximadamente una (1) hora paciente presenta somnolencia que rápidamente progresa a un estado de inconsciencia sin reacción a estímulos posterior a la aplicación de insulina. Niega que el paciente haya tenido cefalea previa a la pérdida del sensorio o que haya presentado movimientos involuntarios mientras estaba inconsciente.

Antecedente: Diabetes *Mellitus* tipo II y HTA (desde hace 30 años), NM pulmonar que remite a tratamiento (hace 15 años). PO7 de colecistectomía laparoscópica. Usuario de insulina Cristalina 5.2UI/d e Irbersartan/Hidroclorotiazida 300mg/12.5 c/24h. Familiar niega que paciente sea alérgico a medicamentos o haya tenido cirugías previas.

- Examen físico

Funciones Vitales: FC: 109 lpm, FR: 12 rpm, PA: 130/80 mmHg, SpO2: 83 % (FiO2: 35 %), T°: 36.9 °C, Peso: 52Kg.

SNC: Glasgow: 3/15, no signos meníngeos, Babinsky (-) hiporreactividad pupilar, rigidez generalizada.

Abdomen: RHA presentes, abdomen blando depresible. No signos peritoneales. Heridas laparoscópicas afrontadas sin flogosis.

Resto del examen físico sin alteraciones.

- Impresión diagnóstica

Trastorno del sensorio

- Hipoglicemia
- D/C trastorno hidroelectrolítico
- D/C ACV isquémico vs. hemorrágico
- Síncope D/C trastorno del ritmo cardiaco o valvulopatía
- D/C Sepsis

- **Plan de Trabajo de EMG:**
 - O2 por máscara de reservorio a FiO2:55 %.
 - Hemograma: Hemoglobina (12.1g/dl), leucocitos en rangos normales (9018/microL) sin desviación izquierda, plaquetas sin alteraciones (186904/microL)
 - HGT: Disminuido (32 mg/dl)
 - Perfil de coagulación: TP (13 seg) y TTP (31 seg)
 - Glucosa (39 mg/dl) Urea (33 mg/dL), creatinina 1.27 (mg/dl) y electrolitos (Na: 132 meq/L, K: 3.9 meq/L, Cl: 102 meq/L). Se evidencia hiponatremia leve
 - PCR: 1.2 mg/dl.
 - AGA: ph (7.33) CO2 (49 mmHg) HCO3 (24 meq/L) Hay indicios de acidosis respiratoria por disminución del trastorno del sensorio.
 - EKG: Taquicardia sinusal
 - TAC sin contraste: No se aprecian lesiones isquémicas o hemorrágicas, no desviación de la línea media, no masas
 - Dextrosa 33.3 %: 4 ampollas EV

- **Plan de trabajo de hospitalización**
 - Dieta hiposódica hipoglúcida
 - Dext. 10 % EV + 2 hipersodio en cada plan a 30 gotas/min.
 - Dext. 33.3 % EV (4 ampollas) condicional a HGT < 70 mg/dl
 - Insulina R según escala móvil SC:
 - 180-200 > 2UI
 - 201-250 > 3UI
 - 251-300 > 5UI
 - 300 > 7UI
 - Glicemia capilar media hora antes de desayuno, almuerzo y cena.
 - Irbersartan/Hidroclorotiazida 330mg/12.5mg c/24h
 - Control de funciones vitales + Balance hídrico.

- **Diagnósticos finales**
 1. Trastorno del sensorio resuelto
 - Hipoglicemia medicamentosa resuelta

- Hiponatremia resuelta.
- 2. DM2 en tratamiento
- 3. HTA en tratamiento

1.2.2 Caso clínico de Medicina Interna n.º 2

- Anamnesis:

Relato: Paciente, varón de 63, refiere que desde hace 4 días presenta asimetría en el tamaño de miembros inferiores por aumento de volumen en pierna derecha, sumado a eritema y rubor en región pretibial del mismo lado. Acude a emergencias por presentar dificultad para caminar en dicho miembro en las últimas horas debido a incomodidad causada por el dolor. Niega fiebre, disnea, dolor torácico, antecedente viaje, fracturas o cirugías recientes.

Antecedentes: Hipertensión arterial diagnosticada hace 4 años y manejada con Losartán 50mg/d con control irregular e insuficiencia venosa crónica con manejo conservador. Fue sometido a apendicetomía hace 40 años. No refiere reacción adversa a medicamentos. Fue hospitalizado por apendicitis. Niega reacción adversa a medicamentos.

Examen físico

- Funciones Vitales: FC: 70lpm, FR: 18 rpm, PA: 140/80 mmHg, T°:36.9 °C, SpO2: 97 %.
- Piel: Tibia/Hidratada/Elástica Llenado capilar <2seg:
- MMII Derecho: Eritema de bordes mal definidos en región pretibial derecho en sus 2/3 proximales, dolorosa a la palpación, ruborosa al tacto. Telangiectasias y varices que cubre toda la pierna derecha.
- MMII Izquierdo: Aumento de volumen que llega hasta 1/3 medio de la pierna con telangiectasias y venas tortuosas en toda la pierna.
- SOMA: Dolor a la flexión y dorsiflexión del pie referido en la región pretibial derecha. Signo de Homans (-).
- Resto del examen físico sin alteraciones.

- **Impresión diagnóstica:**

- Celulitis vs. erisipela.
- D/C Trombosis venosa profunda.
- D/C Fascitis necrotizante.

- **Plan de Trabajo de EMG**
 - Hemograma: Hemoglobina 12.8 g/dL, leucocitosis (13000/microL con segmentados en 60 % y abastionados:1 %) plaquetas en rangos normales (284513/microL).
 - PCR: Elevado (23 mg/dl).
 - Glucosa: 129 mg/dl.
 - Creatinina : 0.98 mg/dl.
 - Urea: 21 mg/dl.
 - Electrolitos: Na: 139 meq/L, K: 4.5 meq/L, Cl: 101meq/L.
 - Ecografía de partes blandas de miembro inferior derecho: Aumento de ecogenicidad del tejido celular subcutáneo.
 - Ecografía Doppler de miembro inferior derecho: No alteraciones en el flujo venoso.

- **Plan de trabajo hospitalario**
 - Dieta Hiposódica en desayuno, almuerzo y cena.
 - NaCl 0.9 % 1L + 2 Hipersodio + 1 Kallium a 50 gotas/min.
 - Losartán 50 mg VO c/24h
 - Oxacilina 2g EV c/6h
 - CFV+BHE+OSA

- **Diagnósticos finales**
 1. Celulitis en resolución
 2. Hipertensión Arterial Esencial controlada
 3. Insuficiencia Venosa Crónica en manejo conservador

1.3 Pediatría

1.3.1 Caso clínico de Pediatría n.º 1

- Anamnesis

Relato: Paciente varón de 7 años que acude en una primera ocasión al

servicio de emergencias por presentar desde hace 2 días fiebre (38.7 °C axilar), tos tipo “perruna” con movilización de secreciones, cefalea y congestión nasal. Se diagnostica como una faringitis aguda + laringitis aguda de origen viral por lo que luego de controlar la fiebre con medicación y medios físicos es dado de alta con sintomáticos.

Un día después de su alta por emergencia presenta leve dolor en la región posterior de ambas piernas de intensidad leve. Al cabo de dos días inicio del dolor reingresa al servicio de emergencia dos días después del inicio mialgias porque el dolor ha aumentado hasta el punto de volverse incapacitante y dificultar en gran medida de la deambulacion. Síntomas respiratorios altos como como congestión nasal y tos aún persisten, pero en menor intensidad comparado en un inicio. Madre que ha podido miccionar en cantidades adecuadas y no presenta hematuria.

Antecedentes: Asma (diagnostico hace 1 año) tratado con Formoterol 8UG + Budesonida 4.5UG/120 dosis (2 puff c/12 horas). Madre niega alergia a medicamentos, cirugías u hospitalizaciones previas.

- **Examen físico:**

- Funciones Vitales: FC:134 lpm, FR: 20 rpm, SpO2: 99 %, T°: 36.9 °C, Peso: 22.7kg.
- SOMA: Dolor a nivel de las pantorrillas frente a la flexión y dorsiflexión de pies y a la palpación de los músculos gastrocnemios. No se evidencia aumento de volumen y la fuerza muscular se encuentra conservada.
- Orofaringe: Levemente congestiva y eritematosa, no se aprecian placas.

- **Impresión diagnóstica**

- Miositis viral
- D/C rabdomiólisis y falla renal aguda

- **Plan de Trabajo de Emergencia**

- Hemograma completo: Hemoglobina: 12.1 g/dL, leucocitos 4001/micoL a predominio linfocitario (neutrófilos: 25.1 %, linfocitos: 65.3 %)

- Urea: 31.5 mg/dl.
 - Creatinina: 0.32 mg/dl.
 - CPK: tota: 6360 U/L.
 - TGO: 184.6 U/L.
 - TGP: 46.2 U/L.
 - Examen de orina: No patológico, no se aprecia mioglobinuria.
 - Bilirrubina: BT: 0.15 mg/dl, BD: 0.08 mg/dl, BI: 0.07 mg/dl.
 - Rx de Tórax: No se halla infiltrados en ambos campos pulmonares.
- **Plan de trabajo hospitalario**
 - Dieta blanda pediátrica
 - Dextrosa 5 % 1L + 2 Hipersodio + 1 Kallium a 30 ml/h
 - Ibuprofeno 100mg/5ml: 227mg (11ml) c/8 horas
 - Prednisolona 8mg (8ml) c/24h a las 11am.
 - Formoterol 8UG + Budesonida 4.5UG/120 dosis: 2 puff c/12 horas
 - Metamizol 1g/2ml: 800mg condicional a fiebre
 - Pneumovir
 - Balance hídrico estricto + observación de signos de alarma
 - **Diagnósticos finales**
 1. Miositis viral por virus Influenza A resuelta.
 2. Faringitis viral + Laringotraqueítis por virus influenza A en resolución.

1.3.2 Caso clínico de Pediatría n.º 2

- Anamnesis:

Relato: Madre refiere que paciente femenina de 3 años, hace 4 días empieza con cuadro de fiebre, posteriormente, se agrega dolor abdominal, razón por la cual acude a otra clínica donde diagnostican faringitis y le dan sintomáticos. Desde hace 1 día persiste con fiebre, dolor abdominal y se añade vómitos (4 cámaras), cefalea, razón por la cual acuden al servicio de emergencias de la clínica.

Antecedentes: Madre niega que paciente tenga enfermedades previas, alergia a medicamentos o que tome alguno de forma habitual, cirugías previas.

- **Examen físico**
 - Funciones vitales: FC:150lpm, FR:28, SpO2: 98 % Peso: 16.4kg, T°: 39.2 °C.
 - Piel y mucosas: Deshidratada leve +/+++ , llenado capilar < 2 seg, signo del pliegue (-), mucosas hidratadas, lagrimas presentes.
 - Abdomen: RHA (+) blando, depresible doloroso a la palpación profunda en mesogastrio e hipogastrio.
 - SNC: Hipoactivo, relacionado con su entorno
 - Resto del examen físico sin alteraciones.

- **Plan de trabajo de emergencia**
 - Hemograma completo: Leucocitosis (25140/ microL) desviación a la izquierda (neutrófilos: 88 % y bastonados: 8 %). Resto normal
 - PCR/procalcitonina: Marcadores inflamatorios elevados (PCR: 153.62 mg/dl y procalcitonina: 5.7 ng/ml).
 - Examen de orina: Patológico, con leucocituria (>900 u/L) con esterasa leucocitaria y nitritos positivos.
 - Glucosa: 102 mg/dl.
 - Urea: 21 mg/dl.
 - Creatinina: 0.8 mg/dl.
 - Electrolitos: hiponatremia (134 meq/L), K: 3.9 meq/L, Cl: 104 meq/L
 - Ecografía renal: Contenido vesical heterogéneo sin malformaciones
 - Urocultivo.

- **Impresión diagnóstica**
 - Sepsis punto de partida urinario.
 - Pielonefritis.

- **Plan de trabajo de hospitalización**
 - Dieta blanda
 - Dextrosa 5 % (1 plan) + 2 Hipersodio + 1 Kallium a 20ml/h.
 - Ceftriaxona 820mg EV c/12h
 - Amikacina 250mg EV c/24h

- Ondansetron 3mg EV condicional a vómitos
- Metamizol 410mg EV condicional a fiebre
- CFV+BHE+OSA

- **Diagnósticos Finales**
 1. Sepsis punto de partida urinario resuelta
 2. Pielonefritis resuelta

1.4 Ginecología y Obstetricia

1.4.1 Caso clínico de Ginecología y Obstetricia n.º 1

- Anamnesis:

Relato: Secundigesta de 37 semanas por ecografía del 1.º trimestre de 35 años presenta desde hace 2 semanas prurito generalizado a predominio de palmas y plantas de moderada intensidad que se exacerba en las noches. Acude a control prenatal por consultorio donde se le solicita exámenes de laboratorio alterados por lo cual acude al servicio de emergencias. Niega fiebre, vómitos, sangrado vaginal, pérdida de líquido o signos premonitores. Percibe movimientos fetales.

Antecedentes: Esteatosis hepática, cesárea en 2017 por preeclampsia severa, niega reacción adversa a medicamentos. Miomectomía abdominal en el año 2020.

Antecedentes Ginecobstétricos: Menarquia a los 12 años, RC:5/30, G1P1001, FUR: 06/04/2022, FPP: 06/01/2023, IRS a los 17 años. ITU e hiperémesis gravídica en el 1er trimestre.

- Examen Físico

- Funciones Vitales: PA:118/80 mmHg, FC: 87 lpm, FR: 20 rpm, Tº:36.6 °C, SpO2: 97% Peso: 92kg.
- Abdomen: Ocupador por útero grávido AU: 34cm, SPP:LCD, FCF: 149, MF: presentes, DU: Ausente.
- Miembros inferiores: Edema +/- que llega hasta tobillos.
- Resto del examen físico sin alteraciones.

Impresión diagnóstica

- Secundigesta de 37 semanas por ecografía del 1º trimestre.

- Cesareada anterior
- Ausencia de dinámica de trabajo de parto
- Colestasis Gravídica
- D/C Hígado graso agudo del embarazo
- D/C Erupción atópica del embarazo

- **Exámenes auxiliares**
 TGO/TGP: Elevados tanto el TGP (118.5 U/L) como TGP (310.8 U/L)
 Bilirrubina Total: Sin alteraciones, BT (0.86 mg/dl) BI (0.68 mg/dl), BD (0.18 mg/dl).
 Ácidos Biliares: Elevados (106.6 umol/L).

- **Plan de Trabajo de Emergencia**
 - NPO
 - NaCl 0.9 % 1L a 30 gotas/min.
 - Cefazolina 2G EV 30 minutos antes de SOP
 - Ecografía Obstétrica: evidencia bienestar fetal adecuado y el monitoreo es reactivo-activo para el feto
 - Monitoreo Fetal: Activo, reactivo 9/10
 - Cesárea: RN vivo de sexo femenino (APGAR: 9/9 y peso: 3.2kg) cubierto con líquido amniótico de color verde amarillo oscuro, placenta corporal posterior normal y completa y un sangrado de 500cc
 - CFV + BHE

- **Plan de trabajo de hospitalización**
 - Dextrosa 5% (3 planes): 42 gotas/min + oxitocina 20UI y 2 hipersodio en cada frasco de 1L.
 - Ketoprofeno 100mg EV c/8 horas
 - Metamizol 1g EV c/8 horas
 - Tramadol 50mg SC condicional a dolor.
 - Hemoglobina control en 12 horas.

- **Diagnósticos finales:**
 1. Puérpera mediata de parto por cesárea.

2. Colestasis Gravídica resuelta.
3. Cesareada anterior.

1.4.2 Caso clínico de Ginecología y Obstetricia n.º 2

- Anamnesis:

Relato: Gestante de 12 semanas por ecografía del 1.^{er} trimestre, refiere que desde hace 8 horas presentó sangrado vaginal tipo coágulos en cantidad abundante que rebalsa su prenda interior y se acompañó de lipotimia. Además, refiere vómitos exigentes, intolerancia a alimentos y dolor pélvico tipo cólico de moderada intensidad. Posee urocultivo positivo para *E.coli* BLEE (-). Niega síntomas urinarios, pérdida de peso, contracciones uterinas o pérdida de líquido.

Antecedentes: Niega enfermedades, reacción adversa a medicamentos, hernioplastia inguinal derecha + colecistectomía laparoscópica (2021), cesáreas por feto flotante + RPM (2017) y ruptura uterina (2019) Cesárea el 2021 por ser cesareada anterior.

Antecedentes Gineco-Obstétricos: Menarquia a los 13 años, RC: 5/28, Fórmula obstétrica: G4P3003, FUR: 30/10/2022, FPP: 06/08/2023.

- Examen físico

Funciones Vitales: FC: 104 lpm, FR: 19 rpm, PA: 95/55 mmHg, T°: 37 °C, SpO2: 99 %, Peso: 72.5kg.

Abdomen: Blando, depresible, RHA presentes, dolor leve a la palpación superficial difuso. No signos peritoneales.

Especuloscopia: Orificio cervical externo (OCE) cerrado, abundante cantidad de coágulos en canal vaginal de hasta 4 cm.

Resto de examen físico sin alteraciones.

- Impresión diagnóstica

Gestante de 12 semanas por ecografía del 1.^{er} trimestre

Amenaza de aborto vs. aborto retenido

Infección de vías urinarias

- Plan de trabajo de emergencia

- NPO
 - NaCl 0.9 % 1000 ml EV STAT. Pasar 500 ml a chorro luego 35 gotas/min.
 - Ecografía obstétrica del 1.^{er} trimestre: Gestación única de 12 semanas, pequeño hematoma subcorial y actividad cardiaca de 161 lpm.
 - Electrolitos: Na: 135 meq/L, K: 3.85 meq/L.
-
- **Plan de trabajo de hospitalización**
 - NPO
 - Dextrosa 5 % 1L+ 1 Kalium + 2 hipersodio + 1 amp glucosa, pantenelol, riboflavina, vitamina B3, vitamina B6, vitamina C
 - Ceftriaxona 2g c/24 horas
 - Ranitidina 50 mg c/8 horas
 - Dimenhidrinato 50 mg c/8 horas
 - Laboratorio: Hemograma, electrolitos, tiempo de coagulación y sangría, tiempo de protrombina
-
- **Diagnósticos finales**
 1. Gestante de 12 semanas por ecografía de 1.^{er} trimestre.
 2. Cesareada anterior.
 3. Amenaza de Aborto.
 4. Infección de vías urinarias por *E.coli* BLEE (-) en tratamiento.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El autor desarrolló su internado médico en la Clínica Good Hope que se encuentra en la Avenida Malecón Balta 956, ubicada en el distrito de Miraflores, la misma que forma parte de la Asociación Unión Peruana de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, inició sus actividades en la salud de la población desde el año 1948 únicamente con la especialidad de Ginecología y Obstetricia y en la actualidad cuenta con más de 70 años de actividad y con una mayor cartera de servicios (1).

Hoy la clínica es clasificada como un establecimiento II-2 y cuenta con un servicio de emergencia activa durante las 24 horas. Además, dispone de un centro quirúrgico, obstétrico y cardiológico, sala de recién nacidos y una unidad de cuidados intensivos e intermedios para pacientes adultos, pediátricos, neonatos y un servicio de hospitalización para las cuatro especialidades principales, distribuidos en ocho pisos. Finalmente, cuenta con aproximadamente más de cuarenta especialidades en consultorio externo (2).

El desarrollo del internado médico se vio afectado por la pandemia debido al virus SARS-COV2, en el año 2020, lo que llevó a un retraso del inicio y fin del internado que repercutió al desarrollo de este y consecuentemente de los estudiantes. Según el Oficio Circular n.º 079-2022-DG-Digep/Minsa el inicio de internado para hospitales del Minsa se inició en junio, pero en el caso de otras instituciones el internado se dio inicio en fechas establecidas por las mismas instituciones. Es así como se desarrolló en el transcurso de 10 meses desde el 1 de mayo de 2022 hasta el 28 de febrero de 2023 (3).

El internado médico se inició aun subsistiendo el estado de emergencia sanitaria, pero con mayor afluencia de pacientes comparado a años previos debido a que las restricciones sanitarias eran menos estrictas en comparación a 2020-2021 donde se desarrollaron las primeras tres (3) oleadas. El ingreso a la clínica con mascarilla era obligatorio, tanto para los pacientes como para el personal.

Previamente a la hospitalización de algún paciente con síntomas respiratorios proveniente del servicio de emergencia se le debía realizar una prueba antigénica para SARS-COV2 con el fin de derivarlo a una zona aislada donde se encontraban exclusivamente aquellos con COVID-19. A estas habitaciones, tanto en piso de hospitalización como en UCI, solo podían ingresar a pasar visita los médicos asistentes y estaba restringido el ingreso a internos o residentes. Si ocurría de que ingresaba un caso confirmado a la emergencia, el médico asistente era el único encargado de atenderlo.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Manejo de Casos clínicos de Cirugía General

3.1.1 Manejo de caso clínico de Cirugía General n.º 1

Las hernias suponen la protrusión de contenido de un órgano o parte de uno a través de orificios naturales a diferencia de las eventraciones que ocurren en orificios adquiridos, normalmente por cirugía previas. Las hernias inguinales son las más frecuentes y pueden ser clasificadas en directas (contenido que emerge a través del triángulo de Hasselbach y medial a los vasos epigástricos inferiores) o indirectas (protrusión de contenido intraabdominal a través del anillo inguinal profundo y de ubicación lateral a los vasos epigástricos inferiores). Entre estos 2 tipos, las indirectas son las más frecuentes debido a un defecto congénito (persistencia del conducto peritoneo vaginal) que puede pasar desapercibido en la niñez (4).

El diagnóstico llega de forma clínica. El antecedente de haber levantado una carga pesada puede hacer sospechar de patología herniaria. Además, existen maniobras como Landivar y Coley que ayudan al diagnóstico siendo ambos signos positivos en hernia directas y negativos en las indirectas. Existen métodos de imagen que permiten apoyarnos si es que hubiera duda diagnóstica como la TAC o ecografía. Esta última, además de tener menor costo, puede diferenciar las hernias de otras patologías como masas sólidas, linfadenopatías, abscesos, etc.

Entre las complicaciones que puede ocurrir en cualquier tipo de hernia es la incarceration y estrangulación, motivo por el cual se examinó la posibilidad de reducción manual y coloración de la piel en el paciente. Es importante también la evaluación de signos indirectos de obstrucción intestinal, ya que también pueden ser causantes de dicha patología especialmente si no hay un antecedente quirúrgico previo (5).

El tratamiento de las hernias es por medio de técnicas con tensión (herniorrafías) como las técnicas de McVay y Bassini que se han visto más

asociadas a recurrencias por lo que han sido sustituidas por las técnicas sin tensión (hernioplastia) donde se usa una malla de polipropileno siendo su mayor beneficio la menor tasa de recurrencia. Entre las hernioplastias, la técnica más usada es la de abordaje anterior (Lichtenstein) pero también existen laparoscópicas como la transabdominal preperitoneal (TAPP) y la totalmente extraperitoneal (TEP). Estas dos se han asociado a menor tasa de dolor crónico postoperatorio, infección de sitio operatorio (ISO) y hematoma comparado a las de abordaje anterior (6-7).

El paciente evoluciona favorablemente en el postoperatorio con analgésicos y colocación de faja. Micciona espontáneamente sin dificultades, moviliza extremidades y deambula sin problemas, dolor leve pero controlado, herida operatoria sin signos de flogosis y sin presencia de fiebre. Es dado de alta al 1.º día de hospitalización con tratamiento analgésico.

3.1.2 Manejo de caso clínico de Cirugía General n.º 2

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice cecal y una de las principales causas de abdomen agudo quirúrgico en el mundo. En adultos, la causa más frecuente es la obstrucción del mismo por fecalitos mientras que en niños es por la inflamación de los folículos de Roux. Sin embargo, existen otras causas que pueden causar inflamación del apéndice como neoplasias, parásitos, hernias, etc. La mayor complicación es la perforación la cual llevará a una peritonitis y sepsis. Sin embargo, la complicación mortal es la pyleflebitis que son microabscesos hepáticos que fueron diseminados por vía portal. Entre otras complicaciones más tardías, se encuentran los plastrones o abscesos apendiculares que suelen ser masas apendiculares de mayores a 4 días de evolución (8-9).

El diagnóstico de apendicitis es clínico, pero nos podemos ayudar de exámenes de laboratorio e imágenes frente a una duda diagnóstica. Se han desarrollado distintas herramientas para guiarlo como los criterios de Alvarado (anexo n.º 1). Un score de 1-3 puntos nos sugiere buscar otras causas, puntajes 4-6 ameritan estudios de imagen (TAC o ecografía) mientras que un puntaje de 7-10 indican que se debe realizar una apendicetomía

inmediatamente porque la probabilidad de apendicitis es alta. Dichos criterios se usaron en el caso del paciente teniendo un score de 5 puntos en total. Por eso mismo, el siguiente paso fue realizarle una ecografía que mostró signos indirectos y directos que apoyaban el diagnóstico. Frente a los diferenciales en mujeres en edad fértil siempre hay que descartar las causas ginecológicas que puede ocasionar un abdomen agudo como una torsión ovárica, cuerpo lúteo hemorrágico o embarazo ectópico motivo por el cual se le consultó sobre su FUR, solicito una BHCG y la ecografía (10).

El manejo de la apendicitis es la apendicetomía laparoscópica previa profilaxis antibiótica para disminuir el riesgo de ISO y abscesos intraabdominales. La antibioticoterapia postoperatoria se desarrollará en caso de haber perforación peritoneal, caso contrario no sería necesaria (11).

En el caso de nuestro paciente, no se halló signos de perforación en la evaluación clínica, imagenológico o durante el acto operatorio por lo que posteriormente a la intervención quirúrgica la paciente es trasladada a piso de hospitalización, recibió hidratación y tratamiento sintomático. No presenta fiebre durante su estancia hospitalaria, tolera la dieta, y refirió mejoría general comparado a su ingreso por emergencia. Finalmente, es dado de alta en su 2.º día de hospitalización.

3.2 Manejo de casos de Medicina Interna

3.2.1 Manejo de caso clínico de Medicina Interna n.º 1

Se define hipoglicemia a la disminución de la glucosa sérica a valores menores de 70 mg/dl. Entre las causas más importante hay que buscar la medicamentosa especialmente en pacientes diabéticos. Las drogas más frecuentemente asociadas es la insulina, sulfonilureas y meglitinidas. Sin embargo, también pueden existir otras causas como sepsis, falla cardíaca o hepática aguda, neoplasias como insulinomas o procesos autoinmunes (12). Es por eso por lo que una correcta anamnesis puede orientarnos a descartar ciertas causas. En el caso del paciente el relato clínico orientaba a una hipoglicemia medicamentos considerando el antecedente de diabetes y que

el inicio de los síntomas fue posterior a la administración de insulina probablemente debido a una dosis inadecuada, porque ahondando más en la historia el familiar se le administraron 52UI cuando en realidad le correspondían 5.2UI.

Entre los síntomas que se pueden hallar, se encuentran los neurogénicos (palpitaciones, ansiedad, hambre, sudoración) y los neuroglucopénicos (confusión, obnubilación, estupor o coma) (13). En el caso de nuestro paciente, se presentaron los síntomas neuroglucopénicos que son más frecuentes en adultos mayores y personas con diabetes de larga data.

El diagnóstico se hace en base a la medición de glucosa que puede ser mediante hemoglucotest o glucosa sérica. Como nuestro paciente inició sus síntomas con una pérdida del sensorio resulta necesario buscar otras causas que puedan llevar a esto como trastornos hidroelectrolíticos (hiponatremia o hipocalcemia) neurológicos (ACV hemorrágico, isquémico o algún efecto de masa como tumores) o cuadros infecciosos como sepsis. Para el paciente del caso clínico, todo apuntaba a un diagnóstico de hipoglicemia ya que el hemoglucotest se encontraba en valores alterados (<70), pero igualmente se optó por confirmar que no hubiera otras causas que desencadenaran la disminución del trastorno del sensorio por lo que se solicitó TAC cerebral sin contraste, marcadores inflamatorios y electrolitos que no mostraron alteraciones (14).

Para el tratamiento de una hipoglicemia, se usa el consumo de algún alimento rico en carbohidratos, pero la terapéutica cambia cuando este no puede recibir algo por vía oral en donde se puede usar glucagón o dextrosa al 50 % con el fin de administrar 25g de glucosa. En nuestro medio, estos medicamentos no se encuentran a nuestro alcance por lo que se usa como alternativa la dextrosa al 33 % en 3-4 ampollas (6.6g de glucosa por ampolla) para obtener 25g en total. El manejo de mantenimiento es la hidratación con dextrosa al 10 % y monitorización de la glicemia (15).

Al paciente se le administraron 4 ampollas de glucosa al 33 % presentando

una respuesta casi inmediata del sensorio. En un inicio se encontraba disártrico y algo desorientado por lo que se hospitalizó. Sin embargo, termina evolucionando favorablemente sin volver a presentar episodios de alteración del sensorio y volviendo al estado basal de sus capacidades cognitivas y motoras previos al evento de hipoglicemia. Es dado de alta con tratamiento para DM2 a la dosis adecuada y se le explica claramente las indicaciones de la receta para evitar un mal cálculo de la dosis de insulina.

3.2.2 Manejo de caso clínico de Medicina Interna n.º 2

La celulitis es una infección de la piel que abarca la dermis profunda y el tejido celular subcutáneo con frecuencia es ocasionada por estreptococo β hemolítico (más frecuentemente los del grupo A y *S. pyogenes*) *S. aureus* representa una causa menos frecuente. Existen factores predisponentes como la obesidad, traumatismo previo, edema, lesiones dérmicas previas, etc. No era de suponer que el paciente presentado en el caso clínico estuviera en riesgo de presentar dicha patología por ser obeso y tener insuficiencia venosa profunda (16).

El diagnóstico de la celulitis es, fundamentalmente, en base a los hallazgos clínicos. El diferencial sería con erisipela que se caracteriza más por afectar dermis superficial y tener un eritema bien demarcado. La fascitis necrotizante también es una patología a diferencia de la celulitis que puede tener síntomas similares, pero se caracteriza por tener un dolor increíblemente intenso, vesículas hemorrágicas y destrucción con necrosis de la piel. Se pueden utilizar estudios de laboratorio como hemocultivo para evaluar bacteriemia o imagen como ecografía para descartar abscesos o trombosis venosa profunda. Al paciente se le hizo el diagnóstico de erisipela de forma clínica, pero se buscó, además, otros posibles diagnósticos como absceso o trombosis venosa profunda (17).

El manejo de la celulitis puede hacerse de forma ambulatorio por vía oral u hospitalización con tratamiento endovenoso. Este último caso, puede ser aplicado a paciente con síntomas de toxicidad sistémica como fiebre, eritema muy extenso, intolerancia a la vía oral o con comorbilidades importantes. El

tratamiento va dirigido al estreptococo β -hemolítico y *S.aureus*. se puede utilizar cefalosporinas de 1.^{ra} generación (cefalexina, cefadroxilo o cefazolina) o β -lactámicos (amoxicilina, dicloxacilina, oxacilina) por una duración de 5-7 días. No hay necesidad de cubrir *S.aureus* meticilino resistente (MRSA) a menos que haya existido de antibioticoterapia previa, exposición reciente a servicios de salud o infección previa por MRSA. (18)

Se decide hospitalizar al paciente, por su edad y ser hipertenso, para manejo endovenoso. No hubo necesidad de cobertura MRSA por lo que recibe tratamiento con oxacilina 2g EV c/6 horas por una duración de 4 días. El paciente presenta evolución favorable cursando sin signos de alarma. Se evidencia disminución del dolor, volumen y eritema en región pretibial sin presentar dificultad para la deambulaci3n.

3.3 Manejo de casos de Pediatría

3.3.1 Manejo de caso clínico de Pediatría n.º 1

La miositis viral es una entidad que consiste en el daño de las fibras musculares posterior por un proceso inflamatorio exacerbado desencadenado por agentes virales siendo los más frecuentes los virus influenza A y B y los enterovirus. A pesar de que otros microorganismos pueden causar miositis, la viral sigue siendo la etiología más frecuente (19).

El diagnóstico de la miositis viral es principalmente clínico. Es necesario indagar en infecciones virales previas con la posterior aparici3n de síntomas de mialgias (especialmente en pantorrillas) aumento de volumen o debilidad en los músculos afectados. En los exámenes de laboratorio, puede observarse una CPK, TGO/TGP y LDH elevado. Asimismo, es necesario conocer la complicaci3n más severa que es la rabdomiólisis que normalmente cursa con síntomas de falla renal aguda (oligoanuria, hiperkalemia, edemas, etc.) o hematuria (mioglobinuria) (20).

Es una enfermedad que se autolimita, por lo que el manejo es de soporte con analgésicos para disminuir la intensidad de las mialgias, observaci3n de

signos/síntomas de alarma (disminución del flujo urinario o hematuria). Asimismo, resulta necesario un examen de orina para evaluar la presencia de mioglobinuria y el control con marcadores de daño muscular (CPK, transaminasas y LDH). En caso de no presentar mejoría, podría buscarse otra etiología como la autoinmune (21).

El paciente del caso clínico inició con una infección de origen viral a nivel de vías aéreas superiores (faringitis + laringotraqueitis); posteriormente, al cabo de unos días, aparecieron las mialgias en pantorrillas que le dificultaban deambular lo que facilitó el diagnóstico de miositis viral que fue corroborado por la elevación de enzimas de daño muscular (CPK y TGO). Se hizo hincapié en si el paciente miccionaba con normalidad y si no hubo la presencia de hematuria. El examen de orina, la creatinina y electrolitos no mostraron alteraciones por lo que no había indicios de rabdomiólisis o falla renal aguda.

Se hidrata y vigila al paciente con el fin de evitar una posible falla renal aguda como posible complicación de su condición. Se realizaron exámenes ANA y ANCA para el descarte de alguna patología autoinmune que terminaron siendo negativos. El Pneumovir solicitado fue positivo para virus influenza A confirmando lo que ya se sospechaba. El paciente a lo largo de su estancia hospitalaria presenta mejoría del dolor lo que le permite volver a deambular con normalidad, sus exámenes de laboratorio control presentan disminución significativa de los marcadores de daño muscular. Es dado de alta a los 7 días de hospitalización.

3.3.2 Manejo de caso clínico de Pediatría n.º 2

La pielonefritis consiste en la infección del parénquima renal que tiene como antecedente previo una infección de vías urinarias bajas siendo más frecuente en varones en el primer año de vida para volverse progresivamente más común en niñas con aumenta la edad. Los agentes etiológicos más frecuentes son los mismos que ITU (*E.coli* siendo la causa principal). Existen factores que pueden predisponer a un paciente pediátrico a tener ITU como malformaciones en el tracto urinario, uretra corta, fimosis, estreñimiento, el aumento o disminución de las evacuaciones, etc. (22).

Los pacientes <3 años suelen cursar con fiebre de origen desconocido, náuseas y vómitos y mal estado general, hiporexia, letargia, etc. por lo que, en este rango de edad, el diagnóstico resultar más complicado comparado a escolares o adolescentes, ya que no pueden referir los síntomas urinarios irritativos típicos como polaquiuria, disuria, etc. El diagnóstico se realiza por medio de examen de orina con leucocituria (>5 leucocitos/campo) esterasa leucocitaria o nitritos positivos. La prueba confirmatoria es el urocultivo positivo ($\geq 10^5$ UFC/ por chorro medio o bolsa colectora). Una ecografía de vías urinarias ayuda a descartar malformaciones que también son factores que predisponen a los pacientes (23).

El tratamiento ideal en pacientes con fiebre <39 °C, que toleran la vía oral y sin mal aspecto general puede ser oral con cefalosporinas de 2.^a o 3.^a generación como cefixime o cefuroxima. Sin embargo, en pacientes mal estado general, náuseas y vómitos persistentes o fiebre >39 °C se prefiere el tratamiento parenteral con cefalosporinas de 3.^a generación (ceftriaxona o cefotaxima) y/o aminoglucósidos (gentamicina o amikacina) (24).

La paciente presenta síntomas inespecíficos como fiebre, vómitos y cefalea que ameritaban mayor estudio y considerando su grupo etario se solicita el examen de orina para descartar un foco urinario que resultó siendo positivo. Entre sus exámenes de laboratorio, se halla hiponatremia leve probablemente debido a la poca ingesta de alimentos en los últimos días desde el inicio de su enfermedad. Debido a que presentaba taquicárdica (152lpm), taquipneica (28 resp/min) y una gran leucocitosis (25140/microL) también se catalogó como una sepsis con punto de partida urinario por lo que fue hospitalizado. La ecografía renal no mostró malformaciones en las vías urinarias.

Se inició brindando hidratación endovenosa para corregir la hiponatremia leve (134 mmol/L) y antibioticoterapia con ceftriaxona (100mg/kg/día dividido en 2 dosis) y amikacina (20mg/kg/d) a dosis de manejo de sepsis. Durante el transcurso de su estancia hospitalaria el hemocultivo es negativo mientras que el urocultivo es positivo para *E.coli* BLEE (-) con >100000 UFC/ml sensible a

antibióticos ya administrados. Se realizan exámenes de laboratorio control en 2 ocasiones (hemograma, PCR, procalcitonina y examen de orina). Se comprueba mejoría laboratorial evidenciada por la corrección de la hiponatremia negativización de marcadores inflamatorios, ausencia de leucocituria y esterasa leucocitaria. Presenta mejoría clínica con disminución de náuseas y desaparición de la fiebre. Paciente es dado de alta a su 10.º día de hospitalización con cefixime 65mg c/12 horas por 7 días más.

3.4 Manejo de casos de Ginecología y Obstetricia

3.4.1 Manejo de caso clínico de Ginecología y Obstetricia n.º 1

La colestasis gravídica o colestasis intrahepática del embarazo es la enfermedad única más común caracterizada por la incapacidad de excreción de ácidos biliares a los canalículos hepáticos lo que ocasiona un aumento de su secreción sérica. Ocurre con mayor frecuencia en el 3.º trimestre de gestación debido a que en esta etapa el nivel de estrógenos lo que causaría la inhibición de las bombas de excreción de ácidos biliares a nivel del hepatocito. Existen factores que pueden predisponer a esta patología como los embarazos múltiples, antecedentes familiares o enfermedad hepática. La complicación más temida es el óbito fetal debido, probablemente, a una arritmia cardíaca fetal (25).

El síntoma cardinal es el prurito a predominio nocturno con ubicación en palmas y plantas sin lesiones dérmicas que lo diferencia de otros cuadros dermatológicos propios del embarazo. Puede asociarse a dolor abdominal en el cuadrante superior derecho, náuseas y vómitos, ictericia y esteatorrea. Entre los exámenes de laboratorio que apoyan el diagnóstico se encuentran la elevación de ácidos biliares (en >90 % de los casos) transaminasas (60 %), GGT (30 %), aunque los síntomas clínicos suelen preceder estas alteraciones laboratoriales. Los métodos imagenológicos no mostraran alteraciones y solo deben ser utilizados para excluir otras causas. Aproximadamente un 25 % de las gestantes pueden presentar prurito, pero no es normal cuando se asocia a elevación de ácidos biliares o transaminasas. Por ese motivo, el diagnóstico es en base a síntomas clínicos sumado a los laboratoriales.

Desafortunadamente el óbito fetal en este tipo de pacientes es súbito y no existe alguna prueba diagnóstica para predecir o evaluar si presenta muerte intrauterina (26).

El tratamiento consiste en el uso de ácido ursodesoxicólico que mejora los síntomas de prurito y disminuye los ácidos biliares y transaminasas, pero no hay evidencia de que disminuye las complicaciones fetales por lo que el tratamiento definitivo es la terminación del embarazo. El tiempo en el cual se termine la gestación dependerá de los valores de ácidos biliares según la ACOG. (27)

- $\geq 100 \mu\text{mol/L}$: Inducir el trabajo de parto a las 36 semanas o al momento del diagnóstico si este ocurre después debido a que el riesgo de óbito fetal llega a triplicarse comparado a pacientes con valores menores.
- $40 \text{ a } 99 \mu\text{mol/L}$: Inducir el trabajo de parto entre las 36 y 39 semanas o al momento del diagnóstico si es que este ocurriera luego.

La paciente del caso clínico se trata de una secundigesta de 37 semanas que acudió a emergencia por prurito de 2 semanas de evolución. Hace una semana acude por consultorio externo refiriendo los mismos síntomas por lo que se le solicita un perfil para colestasis gestacional. Ante la elevación de dichos exámenes y especialmente frente a unos ácidos biliares que superaban los valores de $100 \mu\text{mol/L}$, se decide finalizar el embarazo por cesárea al haber tenido una miomectomía abdominal previa y evitar el riesgo de ruptura uterina.

La paciente ingresa por emergencia y se le realiza monitoreo fetal y ecografía obstétrica que no mostraron alteraciones. Se programa para cesárea en donde se recibió a un recién nacido vivo sin mayores alteraciones salvo la presencia de líquido meconial cubriéndolo que es una complicación que puede presentarse en cuadros de colestasis gravídica.

Puérpera evoluciona favorablemente en el postoperatorio con disminución de dolor relacionado a procedimiento y del prurito. Cursa afebril con útero

contraído por encima de la cicatriz umbilical y sin sangrado abundante. Toleraba la vía oral, deambula y micciona sin dificultad y da de lactar sin problemas. La hemoglobina de control postoperatoria no presenta disminución en rangos de alarma (9.2 con una previa de 10.4). Es dada de alta con analgésicos junto a su hijo recién nacido.

3.4.2 Manejo de caso clínico de Ginecología y Obstetricia n.º 2

Se define como amenaza de parto a aquel sangrado vaginal que ocurre en la 1.ª mitad del embarazo, pero con presencia de actividad cardíaca en el feto. Representa la causa más frecuente de sangrado no relacionado a trauma en el 1.º trimestre. La etiología se debe posiblemente a la disrupción de los vasos deciduales en la interfase materno-fetal puede manifestarse como un hematoma subcoriónico que aumenta el riesgo de aborto solo si es que es >25 % del volumen del saco gestacional. Aproximadamente el 80 % de abortos son en edades gestaciones menores de 12 semanas normalmente por cromosomopatías (trisomía 16 principalmente) (28).

Es un diagnóstico de exclusión, porque primero hay que descartar al aborto propiamente dicho. Frente a una paciente en la 1.ª mitad del embarazo con sangrado hay que realizar una especuloscopia para evaluar el cérvix y confirmar tanto la presencia de sangrado como la apertura del orificio cervical externo (OCE). Si se encuentra sangrado vaginal y un orificio cervical abierto muy probablemente estemos ante un aborto que puede estar en curso o ya consumado. En el caso de que el OCE, esté cerrado entonces debemos hacer el diagnóstico diferencial con el diferido por lo que solicitamos la ecografía obstétrica con el fin de evaluar la presencia de actividad cardíaca. Si es que no la hubiera, hablamos de aborto retenido, caso contrario sería una amenaza de aborto (29).

El manejo es expectante con reposo y antiespasmódicos como sintomáticos. No hay evidencia que respalde el beneficio del uso de progesterona rutinario para prevenir el aborto, pero podría ser beneficioso en gestantes con historia de aborto recurrente por lo que la indicación dependería de la experiencia del médico (30).

La paciente del caso clínico que acudió por sangrado vaginal asociado a dolor pélvico de intensidad moderada, sensación de desvanecimiento y vómitos exigentes con intolerancia a alimentos. Lo primero que se hizo fue una especuloscopia en la cual se apreció un sangrado muy abundante con un OCE cerrado. Se procede a realizar una ecografía obstétrica que muestra actividad cardiaca a un hematoma subcoriónico de 18cc confirmando el diagnóstico de amenaza de aborto. Debido al hecho de que la paciente presentaba intolerancia oral y un examen de orina patológico se decide hospitalizar.

Se administra terapia con fluidos, antibiótico (ceftriaxona) y sintomáticos respondiendo favorablemente. En el transcurso de su estancia hospitalaria el urocultivo es positivo para *E.coli* BLEE (-) sensible a antibioticoterapia ya establecida. Se realiza ecografía obstétrica de control al 2.º y 5.º día de hospitalización que ya no mostraron rastro del hematoma subcoriónico. La paciente comienza a tolerar alimentos refiere disminución del sangrado, dolor pélvico náuseas por lo que al 3.º día se pasa a vía oral con cefuroxima. Es dada de alta con antibioticoterapia por vía oral.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico es, sin duda alguna, la etapa más importante del estudiante de medicina. No solo representa aquella en donde el estudiante pone en práctica los conocimientos teóricos ya aprendidos, sino que también permite relacionarse con el entorno laboral a la que es sometido el personal de salud día a día en donde se aprende a vivir, trabajar en equipo y conllevar buenas relaciones con otros médicos, enfermeras, técnicos, etc. En esta etapa, inclusive, se adquieren conocimientos que solo se pueden aprender viviéndolas y no sacándolas de un libro, clase o revista. Esta es la última etapa en la que podemos errar. No hay que tener miedo a consultarle a los doctores e incluso enfermeras o técnicos sobre algún aspecto que no conozcamos y sobre la posibilidad de que nos enseñen algún procedimiento en el cual no estemos capacitados.

La labor del interno resulta fundamental, porque uno se da cuenta que el equipo del personal de salud se vuelve más eficiente con la presencia de este. El médico asistente o residente no puede estar siempre al tanto de los resultados de laboratorio, imagen o cultivo. Un interno puede conocer al paciente mejor que cualquier otro, ya que él asiste y evalúa al paciente todos los días.

Es cierto que nuestro trabajo a veces no llega a ser recompensado, porque la realización de ciertas labores es lo que los demás esperan de parte de nosotros, pero hay que saber que este trabajo es fundamental y gracias a nosotros varios procesos logran agilizarse fortaleciendo así la eficiencia del equipo médico. Sin embargo, nuestra función puede ser aún más trascendental como, por ejemplo, apoyar en el diagnóstico oportuno de un paciente.

Además, el interno no solo debe estar ahí para escuchar y recibir órdenes, sino que uno se da cuenta tarde o temprano que debe tomar un rol más activo en el manejo de un paciente donde puede sugerir algún examen, tratamiento o diagnóstico porque, aunque no parezca, podemos poseer información que

no necesariamente sea sabida por el equipo médico tanto de la historia del paciente, su enfermedad o información más actualizada sobre su manejo. Hay que recordar que nosotros ya formamos parte del equipo, podemos también aportar y no debemos ser solamente simples espectadores.

Es cierto que podemos pasar por malos momentos con el personal o los mismos pacientes y que, a veces, incluso no lo merezcamos, pero siempre hay que buscar aprender de estas vivencias y no dejar que estos momentos solamente sean malas experiencias.

El internado en la clínica tenía un horario de 7 a. m. – 5 p. m. para las especialidades de Cirugía y Ginecología y Obstetricia. En el caso de Medicina y Pediatría, el horario iba de 7 a. m. – 1 p. m. Todos los días debía haber al menos un interno de reten en cada especialidad que estuviera hasta las 7 p. m. Asimismo, debía haber al menos un interno de guardia nocturna que asistía a los procedimientos quirúrgicos correspondientes a su especialidad. La rotación de emergencia era posiblemente la más demandante, pero, en el modo de ver del autor, la más provechosa, porque el horario iba de 7 a.m. -7 p. m. de forma diaria y con una duración de 2 semanas, exceptuando pediatría en la que asistíamos de 7 a. m. - 1 p. m. y siempre había un flujo constante de pacientes lo que permitió conocer diversas enfermedades desde las más leves hasta las más graves.

La asistencia en todas las especialidades era de lunes a domingos. Nuestra labor como internos en todas las especialidades era la realización de historias clínicas, pasar visita y tener las evoluciones hechas antes de la llegada del médico asistente o tratante. La epicrisis, informe y receta de alta también estaba a cargo de nosotros. El manejo de historias clínica era bajo un sistema virtual, salvo puntuales excepciones como las ordenes de algunos exámenes. La terapéutica era relegada a nosotros en algunas ocasiones siempre siendo guiados por el médico. Todos los documentos antes de ser firmados eran evaluados por el asistente y si es que ocurría alguna novedad con respecto a un paciente debíamos informarle de inmediato.

Estas actividades permitieron al autor familiarizarse y saber cómo completar toda la documentación básica que debe realizar el médico, así como conocer la dosis y presentaciones de diversos medicamentos que ya estaban registrados en el sistema.

La virtualización de las historias clínicas fue definitivamente una ventaja que permitió agilizar y hacer más fluido varios procesos que en otras circunstancias demorarían más. Sería beneficioso implementar esto en instituciones que donde aún se utiliza el sistema tradicional que puede causar contratiempos innecesarios y enlentecer la labor del personal.

La falta de médicos residentes en todas las especialidades, exceptuando medicina interna, resultó, en cierta manera, ventajoso ya que teníamos mayor número de responsabilidades de las cuales podíamos aprender mucho más.

La rotación en el servicio de emergencias de todas las especialidades fue la que nos permitió desenvolvemos mejor, ya que da la oportunidad de interrogar, examinar al paciente, realizar procedimientos, plantear diagnósticos y establecer un tratamiento siempre supervisados por un médico. Adicionalmente, es este el único sitio disponible donde se puede observar patologías que, a pesar de no ser de gravedad ni requerir hospitalización, son tan comunes que es imprescindible conocerlas.

Nuestra ayuda era siempre requerida en procedimientos quirúrgicos. Entre los internos que estaban rotando por una especialidad intentábamos asistir a todas las cirugías. En el centro quirúrgico ayudábamos a trasladar, preparar y lavar a los pacientes, mientras que durante el acto quirúrgico podíamos instrumentar, realizar suturas e inclusive movilizar el laparoscopio.

En las cesáreas, se podía apoyar en la expulsión del recién nacido y realizar el clampaje y corte del cordón umbilical. Mientras que, en los trabajos de parto, pese a ser pocos, se nos llegó a brindar en algunas ocasiones la oportunidad de recibir a recién nacidos bajo el control de un médico.

En el área de neonatología recibíamos al recién nacido y realizábamos la atención básica junto con la enfermera y el neonatólogo, además de la evaluación diaria de los neonatos hasta el día de su alta. A veces se nos daba la oportunidad de acudir a la UCI neonatal donde podíamos apoyar en la realización de procedimientos.

Finalmente, las actividades académicas eran realizadas 1 a 2 veces por semana en todas las especialidades donde los internos exponían sobre casos clínicos que hayan logrado apreciar en la clínica sumado a la parte teórica del caso expuesto. Al finalizar la exposición, se realizaba una discusión sobre los puntos más importantes del tema en una ronda de preguntas y respuestas con los estudiantes. Los docentes eran muy capacitados en sus respectivas áreas y siempre estaban dispuestos a resolver las dudas. Siempre se podía sacar provecho de las actividades, y es aquí donde descubríamos que sabemos menos de lo que creemos.

En resumen, el autor sintió que el internado en la Clínica Good Hope cumplió con sus expectativas ya que logró vivenciar el trabajo diario que realiza un médico y familiarizarse con el ambiente hospitalario; se pudo consolidar conocimientos adquiridos y aprender nuevos gracias a todos los integrantes del personal de salud de la institución quienes demostraron gran dominio de los temas. Todo esto resultará importante para el momento de ejercer la carrera y brindar una buena atención a las personas sin olvidar que el aprendizaje del médico nunca termina.

CONCLUSIONES

El internado médico en la Clínica Good Hope resultó una experiencia muy satisfactoria y cumplió con las expectativas del autor. Cuenta con un equipo médico altamente calificado que está siempre dispuesto a absolver las inquietudes del estudiante. Asimismo, todo el personal de salud se comportó de manera gentil con nosotros.

A pesar de no tener la duración usual de 12 meses, como era antes, el autor percibe que en la clínica llegó a conocer las enfermedades más comunes de cada especialidad desde su diagnóstico hasta su tratamiento y la institución le brindó la oportunidad de realizar los procedimientos básicos que todo médico general debería conocer, pero siempre recordando, en esta profesión, que el aprendizaje es continuo.

El internado es la etapa final donde pulimos, consolidamos y ponemos en práctica todos los conocimientos adquiridos en años anteriores. No solo, se aprende sobre aspectos netamente clínicos, sino también desarrollamos habilidades interpersonales (el trabajo en equipo con los otros miembros del personal de salud) administrativas (el papeleo y documentación que debe realizar el médico) y la parte humanitaria (la forma en la que tratamos a los pacientes).

Un interno termina adquiriendo valores como la responsabilidad y proactividad que permite hacer más eficaz y eficiente el trabajo del equipo. Nosotros ya tenemos un rol activo, por lo que no debemos sentirnos intimidados a proponer o sugerir algún posible diagnóstico o tratamiento y este tipo de conductas eran siempre bienvenidas por el personal médico de la institución.

Nunca olvidar del aspecto bioético de la carrera. Estamos tratando con personas que más allá de ser un individuo enfermo, es alguien que sufre, tiene sentimientos y quiere ser escuchado. Resulta vital recalcar el aspecto humanitario de nuestra carrera porque este podría influir en la recuperación de un paciente.

RECOMENDACIONES

El inicio del internado fue muy impactante para algunos ya que el proceso de adaptación a un ambiente laboral puede ser demandante para muchos. Sería recomendable un curso de preinternado con el fin de que los alumnos puedan familiarizarse con sus funciones básicas como internos para tener un buen inicio de sus labores desde el primer día.

Debido a la limitada cantidad de partos vaginales y a que no todos los médicos son tan permisivos con dejar a los internos atenderlos se sugiere que haya mayor participación de los estudiantes en este procedimiento con la debida supervisión del ginecológica y obstetra.

Sería conveniente una rotación en el primer nivel de atención con el fin de familiarizarnos a ambientes donde no se posean muchos recursos, aprender habilidades sobre promoción de la salud y formar parte de campañas preventivas. Dichas habilidades serían importantes ya que son una de las funciones principales que desarrollaremos durante el Serums.

Es imprescindible que todos los hospitales, clínicas y facultades de medicina velen por la salud física, mental, nutricional de los estudiantes. El internado medico es una etapa donde la carga laboral puede ser muy exigente lo que puede ocasionar que los estudiantes descuiden su salud con el fin de evitar represalias. Se podrían implementar programas de monitoreo para evaluar el bienestar mental, físico y nutricional de los estudiantes.

Los médicos siempre deberían encontrarse junto a los estudiantes durante el acto médico no solo por temas medicolegales, sino que el aprendizaje guiado por alguien de mayor experiencia siempre dará mejores resultados.

A los internos, buscar soluciones, nunca rendirse porque en el camino siempre encontraran obstáculos, mirar el horizonte con optimismo ya que de todo siempre hay algo que aprender.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Quienes Somos - Clínica Good Hope [Internet]. Clínica Good Hope. 2015 [citado el 24 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.goodhope.org.pe/quienes-somos/>
2. Unidades de Atención [Internet]. Clínica Good Hope. 2018 [citado el 24 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.goodhope.org.pe/servicios/unidades-de-atencion/>
3. Ministerio de Salud [Internet]. Gob.pe. [citado el 24 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/2756447-079-2022-minsa>
4. Hernias: Overview. Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG); 2020
5. Shakil A, Aparicio K, Barta E, Munez K. Inguinal Hernias: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 2020 Oct 15;102(8):487-492. PMID: 33064426.
6. Aiolfi A, Cavalli M, Ferraro SD, Manfredini L, Bonitta G, Bruni PG, Bona D, Campanelli G. Treatment of Inguinal Hernia: Systematic Review and Updated Network Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Ann Surg*. 2021 Dec 1;274(6):954-961. doi: 10.1097/SLA.0000000000004735. PMID: 33427757.
7. Patterson TJ, Beck J, Currie PJ, Spence RAJ, Spence G. Meta-analysis of patient-reported outcomes after laparoscopic versus open inguinal hernia repair. *Br J Surg*. 2019 Jun;106(7):824-836. doi: 10.1002/bjs.11139. Epub 2019 Mar 20. PMID: 30990238.
8. Jones MW, Lopez RA, Deppen JG. Appendicitis. StatPearls Publishing; 2022.
9. Hernández-Cortez J, León-Rendón JLD, Martínez-Luna MS, Guzmán-Ortiz JD, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. *Cir Gen [Internet]*. 2019 [citado el 24 de marzo de 2023];41(1):33–8. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033

10. Krzyzak M, Mulrooney SM. Acute Appendicitis Review: Background, Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. *Cureus*. 2020 Jun 11;12(6):e8562. doi: 10.7759/cureus.8562. PMID: 32670699; PMCID: PMC7358958.
11. Baird DLH, Simillis C, Kontovounisios C, Rasheed S, Tekkis PP. Acute appendicitis. *BMJ*. 2017 Apr 19;357:j1703. doi: 10.1136/bmj.j1703. PMID: 28424152.
12. Mathew P, Thoppil D. Hypoglycemia. StatPearls Publishing; 2022.
13. Di Lorenzi Bruzzone RM, Bruno L, Pandolfi M, Javiel G, Goñi M. Hipoglucemia en pacientes diabéticos. *INNOTEC [Internet]*. 2017 [citado el 24 de marzo de 2023];02(03):51–60. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-67972017000300051
14. Davis HA, Spanakis EK, Cryer PE, Davis SN. Hypoglycemia during therapy of diabetes. *MDText.com*; 2021.
15. Gil-Olivares F, Manrique H, Castillo-Bravo L, Perez L, Campomanes G, Aliaga K, et al. Management of glycemic crises in adult patients with diabetes mellitus: Evidence-based Clinical Practice Guideline, Lima - Peru. *Rev Fac Med Humana [Internet]*. 2021 [citado el 24 de marzo de 2023];21(1):50–64. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312021000100050&script=sci_arttext
16. Brown BD, Hood Watson KL. Cellulitis. StatPearls Publishing; 2022.
17. Sullivan T, de Barra E. Diagnosis and management of cellulitis. *Clin Med (Lond)*. 2018 Mar;18(2):160-163. doi: 10.7861/clinmedicine.18-2-160. PMID: 29626022; PMCID: PMC6303460.
18. Santer M, Lalonde A, Francis NA, Smart P, Hooper J, Teasdale E, Del Mar C, Chalmers JR, Thomas KS. Management of cellulitis: current practice and research questions. *Br J Gen Pract*. 2018 Dec;68(677):595-596. doi: 10.3399/bjgp18X700181. PMID: 30498163; PMCID: PMC6255235.
19. Narayanappa G, Nandeesh BN. Infective myositis. *Brain Pathol*. 2021 May;31(3):e12950. doi: 10.1111/bpa.12950. PMID: 34043257; PMCID: PMC8412094.
20. Magee H, Goldman RD. Viral myositis in children. *Can Fam Physician*.

- 2017 May;63(5):365-368. PMID: 28500193; PMCID: PMC5429052.
21. Brisca, G., Mariani, M., Pirlo, D. *et al.* Management and outcome of benign acute childhood myositis in pediatric emergency department. *Ital J Pediatr* 47, 57 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13052-021-01002-x>
 22. Belyayeva M, Jeong JM. Acute Pyelonephritis. StatPearls Publishing; 2022.
 23. Morello, W., La Scola, C., Alberici, I. *et al.* Acute pyelonephritis in children. *Pediatr Nephrol* 31, 1253–1265 (2016). <https://doi.org/10.1007/s00467-015-3168-5>
 24. Autore G, Bernardi L, La Scola C, Ghidini F, Marchetti F, Pasini A, et al. Management of pediatric urinary tract infections: A Delphi study. *Antibiotics (Basel)* [Internet]. 2022 [citado el 24 de marzo de 2023];11(8):1122. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2079-6382/11/8/1122>
 25. Arriaga López A, Antonio Rosales L, Martínez Rodríguez LN, Pérez Barragán Y, Jiménez Juárez S, Marcial Santiago ADR, et al. Colestasis intrahepática del embarazo. Un reto más para la obstetricia. *Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex* [Internet]. 2021 [citado el 24 de marzo de 2023];64(3):20–36. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0026-17422021000300020&script=sci_arttext
 26. Hagenbeck C, Hamza A, Kehl S, Maul H, Lammert F, Keitel V, Hütten MC, Pecks U. Management of Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy: Recommendations of the Working Group on Obstetrics and Prenatal Medicine - Section on Maternal Disorders. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2021 Aug;81(8):922-939. doi: 10.1055/a-1386-3912. Epub 2021 Aug 9. PMID: 34393256; PMCID: PMC8354365.
 27. Medically Indicated Late-Preterm and Early-Term Deliveries: ACOG Committee Opinion, Number 831. *Obstetrics & Gynecology* 138(1):p e35-e39, July 2021. | DOI: 10.1097/AOG.0000000000004447
 28. Mouri M, Hall H, Rupp TJ. Threatened Abortion. StatPearls Publishing; 2022.
 29. ACOG Practice Bulletin No. 200 Summary: Early Pregnancy Loss. *Obstet Gynecol.* 2018 Nov;132(5):1311-1313. doi: 10.1097/AOG.0000000000002900. PMID: 30629562.

30. Buitrón García R, Vera Gaspar D, Zancatl Díaz M, Kably A. A. Progesterona y amenaza de aborto. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2019 [citado el 24 de marzo de 2023];87(7):496–8. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412019000700011

ANEXOS

1. Score de Alvarado

		Value
Symptoms	M igration	1
	A norexia-acetone	1
	N ausea-vomiting	1
Signs	T enderness in right lower quadrant	2
	R ebound pain	1
	E levation of temperature	1
Laboratory	L eukocytosis	2
	S hift to the left	1
Total score		<u>10</u>

1986 Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis.