

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL MILITAR CENTRAL Y HOSPITAL
NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

VALERIA ALDANA PHILCO MONTOYA

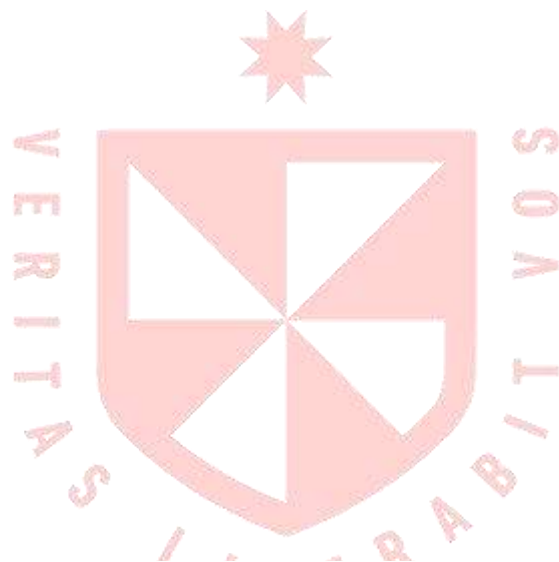
RODRIGO EDUARDO QUICAÑO NORTH

ASESOR

LINCOLN FLORENCIO BLACIDO TRUJILLO

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 EL HOSPITAL MILITAR
CENTRAL Y HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

**VALERIA ALDANA PHILCO MONTOYA
RODRIGO EDUARDO QUICAÑO NORTH**

**ASESOR
DR. LINCOLN FLORENCIO BLACIDO TRUJILLO**

LIMA, PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Miembro: Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE

Miembro: Dra. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

A mis padres y hermanos, por su apoyo incondicional en cada etapa de la carrera, gracias a ellos este sueño se hace realidad.

Valeria Aldana Philco Montoya

A todos aquellos que creyeron en mí y me apoyaron durante todo este tiempo en mi carrera.

Rodrigo Eduardo Quicaño North

ÍNDICE

PORTADA	1
DEDICATORIA	3
ÍNDICE	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	12
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	28
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	30
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	55
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES	57
FUENTES DE INFORMACIÓN	58

RESUMEN

El internado médico es una etapa de aprendizaje práctico y teórico que se desarrolla en el último año de la carrera, donde se aplican los conocimientos adquiridos durante la etapa de ciencias básicas y clínica. Esta etapa se lleva a cabo en hospitales de III nivel y en establecimientos de salud de I nivel. En marzo del año 2020 se declaró emergencia sanitaria por la pandemia de la COVID-19 y esa coyuntura obligó a los internos de medicina a retirarse de sus sedes hospitalarias para luego retornar en noviembre de 2020. Por esa razón, las siguientes promociones se vieron afectadas con las fechas de inicio y fin del internado, además de la duración de este. El internado del año 2022 fue diferente a los demás por ser una de las promociones dentro de los años de transición postpandemia, llegamos a los hospitales donde el uso de equipos de protección personal era obligatorio y con ilusión sobre el tan ansiado año de prácticas que por la emergencia sanitaria se convirtió en 10 meses con el fin de poco a poco ir regularizando la fecha de inicio y fin del internado de las siguientes promociones.

Objetivo: En el presente trabajo se exponen casos clínicos de las especialidades de ginecología y obstetricia, medicina interna, cirugía y pediatría, y su explicación teórica, junto con el manejo dado en los diferentes establecimientos de salud. Con el objetivo de plasmar los conocimientos adquiridos y redactar las experiencias de dos internos de medicina.

Materiales y métodos: se revisaron historias clínicas seleccionadas de los servicios de pediatría, ginecología, medicina interna, cirugía general y especialidades quirúrgicas.

Resultados: En el trabajo se revisaron casos clínicos de pacientes con que acuden con sangrado vaginal y tienen diagnóstico de miomatosis uterina, gestantes en trabajo de parto y puerperio inmediato. En medicina interna se evaluaron pacientes con cuadros diarreicos con diagnóstico final de gastroenterocolitis aguda, infecciones de tracto urinario complicada, síndrome nefrótico. En el ámbito quirúrgico se describen casos de absceso perianal, gonartrosis, hernia incisional, colecistitis aguda calculosa. Y finalmente en

pediatría se atendieron pacientes con diarrea aguda infecciosa y deshidratación, crisis asmática, síndrome nefrótico y convulsiones febriles a causa de una meningoencefalitis bacteriana.

Conclusiones: El internado médico es una etapa de formación preprofesional de los estudiantes de medicina en su último año, en el que se aplican los conocimientos aprendidos y se plasman en la resolución de casos clínicos de la mano de los médicos especialistas.

Los internos de medicina tienen un papel importante en el hospital en cuanto a su funcionamiento y el cumplimiento de tareas que llevan a la resolución de las patologías de los pacientes.

Palabras clave: Internado médico, casos clínicos, especialidades, rotaciones, medicina interna, ginecología, obstetricia, pediatría, cirugía, hospitales.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL Y H
OSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZ
A**

AUTOR

VALERIA ALDANA PHILCO MONTOYA

RECUENTO DE PALABRAS

15017 Words

RECUENTO DE CARACTERES

81422 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

59 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

223.8KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 17, 2023 1:07 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 17, 2023 1:09 PM GMT-5

● **9% de similitud general**

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

- 8% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossr

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



NA. 518065500
Lincoln F Blácido Trujillo
MEDICO PEDIATRA
CMP 18196 RNE 11962

DR. LINCOLN FLORENCIO BLACIDO TRUJILLO

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1829-3679>

ABSTRACT

The medical internship is a practical and theoretical learning stage that takes place in the last year of the career, where the knowledge acquired during the basic and clinical sciences stage is applied. This stage takes place in level III hospitals and level I health establishments. In March 2020, a health emergency was declared due to the COVID-19 pandemic, which forced medical interns to withdraw from their hospital sites, and then return in November 2020. As a result, the following promotions were affected with the start and end dates of the internship, as well as its duration. The internship in 2022 was different from the others, as it was one of the promotions during the post-pandemic transition years. We arrived at hospitals where the use of personal protective equipment was mandatory and with enthusiasm for the long-awaited year of practical training, which, due to the health emergency, became 10 months in order to gradually normalize the start and end dates of the internship for the following promotions.

Objective: The present composition presents clinical cases from the specialties of gynecology and obstetrics, internal medicine, surgery, and pediatrics, along with their theoretical explanation and management provided in different health establishments, with the aim of reflecting the acquired knowledge and writing the experiences of two medical interns.

Materials and methods: Selected medical records were reviewed from the pediatric, gynecology, internal medicine, general surgery, and surgical specialties services.

Results: The work reviewed clinical cases of patients who presented with vaginal bleeding and had a diagnosis of uterine fibroids, pregnant women in labor and immediate postpartum, patients with diarrhea with a final diagnosis of acute gastroenterocolitis, complicated urinary tract infections, nephrotic syndrome in internal medicine. In the surgical field, cases of perianal abscess, gonarthrosis, incisional hernia, and acute calculous cholecystitis were described. Finally, in

pediatrics, patients with acute infectious diarrhea and dehydration, asthma crisis, nephrotic syndrome, and febrile seizures due to bacterial meningoencephalitis were treated.

Conclusions: The medical internship is a pre-professional training stage for medical students in their last year, in which the learned knowledge is applied and reflected in the resolution of clinical cases with the guidance of medical specialists. Medical interns play an important role in the hospital in terms of its functioning and the fulfillment of tasks that lead to the resolution of patients' pathologies.

Keywords: Medical internship, clinical cases, specialties, rotations, internal medicine, gynecology, obstetrics, pediatrics, surgery, hospitals.

INTRODUCCIÓN

El internado médico se define como las practicas preprofesionales que se realizan en el último año de la carrera de Medicina Humana. En esa etapa se ponen en práctica los conocimientos adquiridos durante los 6 años, y a la vez se adquiere más información teórica y habilidades clínicas sobre las diferentes especialidades de medicina.

La duración del internado médico clásicamente era de 12 meses, en el marco de la emergencia sanitaria por la pandemia de la COVID-19, inició el 1 de mayo de 2022 al 28 de febrero de 2023, en el Hospital Militar Central de Lima. Y el 1 de junio de 2022 al 31 de marzo de 2023 en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. La diferencia de inicio se debió a que los establecimientos son regidos por diferentes ministerios, el Hospital Militar Central al Ministerio de Defensa y el Hospital Nacional Arzobispo Loayza al Ministerio de Salud.

La relevancia de este periodo de aprendizaje se basa en la cercanía que se tiene con los pacientes y los procesos dentro del ámbito hospitalario para el proceso de atención de salud. Los internos forman parte del equipo multidisciplinario, junto con los especialistas y médicos residentes son testigos de las atenciones hospitalarias, así siendo parte del desarrollo y resolución del caso del paciente, acompañándolo desde su ingreso hasta su alta. Durante este tiempo el interno, se familiariza con procesos intrahospitalarios en las áreas de cirugía, medicina interna, pediatría, ginecología y sus respectivas especialidades.

Es una etapa importante en la formación de los futuros médicos por ser un periodo en el que los estudiantes se ponen en contacto con el proceso de atención de salud; los internos son testigos de las atenciones efectuadas por los médicos especialistas y se familiarizan con el proceso de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de diversas patologías además también aprenden sobre la prevención de enfermedades y promoción de la salud.

En este trabajo de investigación participamos dos internos con experiencias diferentes, uno hizo internado en el hospital Militar Central de Lima y otro en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, ambos coincidimos en la rotación de

Ginecología y Obstetricia en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

El presente trabajo expone 8 casos clínicos por interno que hemos aprendido a diagnosticar y manejar durante estos 10 meses y que además nos ha enseñado sobre cómo es el manejo del paciente en cuanto a la relación médico-paciente.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

Se presentan ocho casos clínicos por interno, que se desarrollaron durante las cuatro rotaciones y nos ayudaron a comprender el manejo intrahospitalario. Los casos clínicos vienen del Hospital Militar Central y del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

I.1. Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 1

Paciente C. Y. Y. P. mujer de 31 años, con antecedente de pérdida gestacional de 4 meses en mayo de 2022, acude a emergencia por presentar sangrado vaginal abundante, dolor abdominal intenso, malestar general y náuseas.

Paciente relata que tuvo un aborto espontáneo en mayo del 2022 y se atribuyó a miomatosis uterina, por distintos motivos no se realizó controles ni tratamiento. Al momento del ingreso por emergencia se le realiza examen físico evidenciando piel fría, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, leve palidez. Abdomen plano, no cicatrices, doloroso a palpación profunda en mesogastrio, flanco izquierdo y fosa iliaca izquierda. Al tacto vaginal se evidencia sangrado leve, cérvix largo, posterior y firme, útero de +/- 20 cm. A la especuloscopia se evidencia sangrado vaginal proveniente de cérvix, escasa cantidad. Es ingresada al área de observación del servicio de emergencia donde se estabilizó a la paciente, se controló el sangrado y luego fue hospitalizada en el servicio de ginecología y obstetricia, donde se le realiza una ecografía transvaginal donde se observó un útero anteverso de 82 mm x 47 mm x 55 mm de bordes regulares. Parénquima heterogéneo con imágenes hiperecogénicas redondeadas de bordes regulares y contenido homogéneo que mide 53 mm x 51 mm y 34 mm x 28 mm de diámetro en miometrio a nivel del fundus. Endometrio de 7 mm. Conclusión: miomatosis uterina.

Se realiza una junta médica con los médicos asistentes y residentes del servicio de ginecología y se decide tratamiento quirúrgico con miomectomía conservadora.

En el servicio de ginecología se le ordenan exámenes auxiliares prequirúrgicos: urea 26 mg/ml, creatinina 0.9 mg/ml, glucosa 95 mg/ml, Hb: 7.1, hto 24.1 %, ferritina 5.77, TC: 7 min, TS: 1.15 min, VHC: NR, VIH: NR, VHB: NR, RPR: NR, examen de orina no patológico.

Se le realizó la cirugía planteada: miomectomía laparoscópica, postoperatorio sin complicaciones, evolución favorable y se le dio de alta del servicio 2 días después de la cirugía.

Caso clínico n.º 2

Paciente, mujer de 28 años, G2 P1001, gestante de 39 semanas y 3/7 días por ecografía temprana. Acude por emergencia del hospital San Bartolomé por presentar dolor abdominal 8/10 que se ubica en todo el abdomen, el dolor tiene frecuencia de 5 cada 10 minutos, presenta dinámica uterina y movimientos fetales, niega sangrado vaginal o pérdida de líquido. Al ingreso se verifican latidos cardiacos fetales positivos con una FCF de 140 lpm, y se procede a hacer tacto vaginal: incorporado 90%, Dilatación 5 cm, membranas ovulares íntegras, altura de presentación C-3.

Funciones vitales:

FC: 85 x', FR: 20 x', T: 36.6, PA: 125/75. SatO2: 99 % peso: 60 kg Talla: 1.43 m

Se decide hospitalización a centro obstétrico con los diagnósticos de: 1) gestante de 39 semanas y 3/7 días por ecografía temprana 2) Trabajo de parto Fase Activa 3) talla corta

Dentro de sus antecedentes de la gestación actual contaba con 5 controles prenatales en establecimiento privado de la semana 20 a la semana 38 y 2 controles prenatales en centro de salud cercano a su domicilio. Niega antecedentes patológicos y familiares. Antecedentes gineco-obstétricos: 2017 gestación a término, parto vaginal, de 3115 g, sin complicaciones. Gestación actual planificada con un tiempo de relación de 7 años. Intercurrencias en la gestación actual: ITU en junio de 2022 con 12 leucocitos por campo con tratamiento ATB, sin urocultivo control. Tamizaje de diabetes gestacional en junio de 2022 con glucosa basal de 98 mg/ml, sin tratamiento. Vulvovaginitis en agosto de 2022 con tratamiento de óvulos por 3 días.

A las 2 horas se hace reevaluación y se encuentra al tacto vaginal: incorporado 100%, Dilatación 7 cm, membranas ovulares íntegras, altura de presentación C-2, paciente se mantiene con funciones vitales estables y no solicita analgesia de parto. Se reevalúa a la paciente 45 minutos después por sensación de pujo y se encuentra incorporado 100 %, Dilatación 10 cm, membranas ovulares rotas con

pérdida de líquido amniótico claro, inoloro, altura de presentación C-0, se decide pasar a sala de expulsivo para inicio de fase expulsiva de trabajo de parto. A los 10 minutos se recibe un recién nacido vivo a término de 3315 g, 39 semanas por Capurro y escala de Apgar 8 al minuto y 9 a los 5 minutos. Se sutura un desgarró perianal grado I. se queda en sala de observación post parto y luego es hospitalizada en alojamiento conjunto, se le da de alta 24 horas después del parto.

Caso clínico n.º 3

Paciente T. V. S. de 45 años, con antecedente de cesárea en 2004 por circular doble. Acude a emergencia con tiempo de enfermedad de 1 día donde refiere sangrado en gran cantidad de patrón hipermenorrea y menorragia, con coágulos asociado a dolor pélvico tipo cólico de moderada intensidad motivo por el cual decide acudir a emergencia. Al examen ginecológico con espejulo vagina amplia, elástica, húmeda sin masas; cérvix se evidencia masa de 1 cm en cara anterior de bordes regulares. Al tacto vaginal cérvix posterior se tacto masa de 1 cm x 0,5 cm de bordes regulares con dependencia de cara anterior, no doloroso a la movilización de cuello; útero de 11 cm de bordes irregulares móvil, consistencia irregular.

A la ecografía hallazgos de útero de 100 x 70 x 75, bordes uniformes, múltiples imágenes anecogénicas en miometrio con relación a miomas intramurales, endometrio en 22 mm.

Se cataloga como HUA miomatosis uterina vs pólipo endometrial

Se prepara paciente optimizando la hemoglobina para cirugía programada de HAT más salpinguectomía bilateral por HUA: adenomiosis más miomatosis uterina. Con hallazgos operatorios de útero de 11 cm de aspecto adenomioso; ancho con mioma de 8 cm aproximadamente en cara posterior; en anexo derecho ovario de 2x2 cm trompa de 4x3 cm tortuosa inflamada; en anexo izquierdo ovario 2x2 con trompa de 4x3.

En días posteriores a la operación presenta evolución favorable, sin sangrado vaginal, con herida operatorio con bordes afrontados sin signos de flogosis.

Caso clínico n.º 4

Paciente G. F. S de 32 años G2 P1001, gestante de 39 semanas 1/7 días por

ecografía de II trimestre. Acude a emergencia refiriendo tipo contracción uterina de moderada intensidad, con frecuencia de 3 a 5 minutos, asociado a pérdida de tapón mucoso. Niega síntomas premonitorios de eclampsia, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico y percibe movimientos fetales. Al examen físico dirigido dilatación en 6 cm borramiento al 80%, altura de presentación en -3, membranas integra y pelvis ginecoide.

Funciones vitales:

FC:75 x' PA: 110/60mmHg FR: 18 x' T:36.9°C LCF:130 x'

Se decide hospitalización en centro obstétrico con los diagnósticos de:

Segundigesta de 39.2 ss x eco II°T/ FALP

Periodo intergenésico largo

CPN insuficientes

Como antecedentes durante la gestación cuenta con 5 controles prenatales en centro de salud Mirones, Antecedente ginecobstétrico en 2010 RNAT masculino con peso de 3600 g por vía vaginal en Hospital de Pucallpa sin controles. En gestación actual sin interurrencias.

A los 45 minutos del tacto vaginal se realiza reevaluación con dilatación en 9 cm, membranas integra, altura de presentación -1 con funciones vitales estables. Se realiza nueva reevaluación a los 45 min por sensación de pujo encontrando al tacto vaginal dilatación en 10, membranas rotas con líquido amniótico claro, altura de presentación 0 motivo por el cual pasa a sala de expulsivo.

Paciente púerpera inmediata de parto vaginal con recién nacido a término de 39 semanas por Capurro con peso de 3580 g talla de 50 cm, Apgar 9 al minuto y 9 a los 5 minutos a las 11:08. Durante el expulsivo se recibe un recién nacido en posición cefálica posterior a ellos se realiza clampaje y corte oportuno de cordón umbilical con 2 arterias 1 vena. Alumbramiento dirigido de placenta con membranas y cotiledones completos. No se observa desgarros post alumbramiento con útero contraído a nivel de cicatriz umbilical. 2 horas después pasa a sala de puerperio normal donde se le da de alta a las 48 hrs sin presentar interurrencias.

I.2. Rotación de Medicina Interna

Realizamos la rotación de medicina interna en los meses de enero y febrero de 2023, cada uno en su sede correspondiente.

Caso clínico n.º 1

Paciente varón S. J. B. V. de 22 años procedente de Lima. Único antecedente: colecistectomía en enero de 2023. Paciente acude a policlínico de Chorrillos por presentar vómitos en 5 oportunidades y fiebre de 40 C que no cede con metamizol, al ver el estado del paciente es referido al Hospital Militar Central e ingresa por la unidad de trauma shock con hipotensión de 80/35, taquicardia de 135 lpm, soporoso, alteración del sensorio y saturación 99%.

Al examen físico se evidencia escala de Glasgow 14/15, piel cianótica, marmórea, llenado capilar de 4 segundos. Resto del examen no contributivo. Es ingresado a hospitalización del servicio de emergencia con diagnósticos: 1) Síndrome febril + hipotensión 2) shock distributivo d/c séptico 3) Trastorno ácido base: acidosis metabólica compensada 4) THE: hipocalcemia

Dentro de los exámenes auxiliares del ingreso se solicitó una ecografía abdominal de emergencia que evidencia una esplenomegalia leve, resto de órganos ecográficamente conservados. Hemograma con leucocitos en 5.0, Hb: 10.7, Hto:31.6%, abastionados 0%, segmentados 85.4%, linfocitos 6.4%. Bioquímica: glucosa: 133, Urea: 14.8, C: 0.59, ácido úrico: 3.4, Ca: 9.0, Na: 139, K: 3.7, Cl: 106, PCR: 38.3, Amilasa: 62.2 UI/L, lipasa: 10.2 UI/L.

Funciones biológicas alteradas, orina aumentada, sed aumentada, sueño alterado.

En el servicio de emergencia se le da tratamiento con fluidoterapia a la que no responde, por lo que se inicia terapia con vasopresores (noradrenalina) post colocación de CVC, a la que, si responde, y se hospitaliza en la unidad de cuidados intensivos, donde el plan de manejo es soporte nutricional, destete progresivo del vasopresor y antibioticoterapia con meropenem. Se quedó hospitalizado en UCI con los diagnósticos de sepsia punto de partida abdominal a d/c un absceso residual post colecistectomía convencional y anemia leve. Durante la estancia en UCI se logra retirar el vasopresor sin interurrencias, pero

con tendencia a la hipotensión y se solicita TEM de abdomen. Se realiza interconsulta a infectología que indica que se suspenda el tratamiento antibiótico endovenoso y se administre vía oral con metronidazol y ciprofloxacino, cirugía general indica que no es tributario a tratamiento quirúrgico. Se da de alta del servicio de UCI a los 2 días de hospitalizado y pasa a hospitalización de Medicina Interna con los diagnósticos de 1) gastroenterocolitis aguda en tratamiento 2) PO colecistectomía 3) anemia leve.

Durante estancia en medicina se prescribe dieta blanda que progresa a dieta completa e hidratación con sales de rehidratación oral a demanda, además de antibioticoterapia vía oral con ciprofloxacino y metronidazol. Y se le da de alta a los 7 días de ingreso por emergencia.

Caso clínico n.º 2

Paciente, varón de 65 años, diabético de larga data, hipertenso recientemente diagnosticado, acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 7 días aproximadamente caracterizado por fiebre alta, malestar general. Paciente acude por emergencia refiriendo que desde hace 7 días presenta dolor lumbar 5/10, además de fiebre de 39 grados que cede parcialmente con 1 gramo de paracetamol desde hace 02 días. Al examen físico se observa paciente despierto LOTEPE, en regular estado general, con dolor a la palpación profunda en flanco derecho, puño percusión lumbar derecha positiva. Resto de aparatos conservados.

Funciones vitales:

PA: 130/90 FC: 110 x', FR: 20 x', T: 38.7, SatO2: 99%

Se plantea diagnóstico de ITU complicada y se solicitan exámenes auxiliares.

Examen de orina patológico: más de 100 leucocitos por campo, 15 hematíes por campo, nitritos positivos, bacterias +++.

Hemograma: leucocitos 11.000, Hb: 13,5 plaquetas 320.000, PCR 85mg/L.

Se decide hospitalizar en medicina interna para tratamiento antibiótico. En la hoja de terapéutica se prescribe dieta blanda hipoglúcida, hiposódica, hidratación con solución salina 500 cc con paracetamol 1g EV a 30 gotas por minuto, ceftriaxona 1g cada 12h, omeprazol 40 mg EV c/24h.

Durante la hospitalización paciente presenta evolución favorable y al 2do día se recibe urocultivo + antibiograma positivo para *Escherichia coli*, sensible a ceftriaxona, por lo que se mantiene antibioticoterapia por 5 días más, y es dado de alta sin interurrencias 8 días después de su ingreso al completar los 7 días de antibioticoterapia.

Caso clínico n.º 3

Paciente P. R. C. de 57 años, de sexo masculino con un tiempo de enfermedad de 5 meses forma de inicio insidioso progresivo, refiere que hace 5 meses inicia cuadro de edemas en miembros inferiores asociado a orinas espumosas, motivo por el cual acude a establecimiento de salud donde recibe tratamiento el cual no mejora los síntomas. Posterior a ello se intensifican los edemas llegando a presentar edema generalizado que llega a causar cuadros de disnea motivo por el cual acude a emergencia.

Al examen físico

TCSC: edema en MMII hasta muslo +/-+++

T y P: murmullo vesicular abolido en base de hemitórax izquierdo

Demas sistemas sin alteraciones

Análisis de laboratorio

Orina: L 20- 30 x campo levaduras 1+ cilindros granulosos 1+

Colesterol total: 892 HDL:38 LDL: 771 Trigliceridos: 248

ANA (-) ANCA (-) Anticoagulante lúpico (+) Test de ADA en liquido pleural 2 U/L

Como impresión diagnostica se catalogada como

Síndrome edematoso a D/C síndrome nefrótico

Caso clínico n.º 4

Paciente V. C. C. de 61 años, sexo masculino con tiempo de enfermedad de 2 semanas de inicio insidioso y progresivo, refiere que presenta dolor lumbar de moderada intensidad motivo por el cual acude a centro de salud donde recibe tratamiento analgésico y dolor sede, sin embargo 1 día antes del ingreso acude por el mismo dolor con mayor intensidad tipo punzada, el cual no sede con

analgésicos e irradia a flancos, además de agregarse sensación de alza térmica, disuria y tenesmo vesical. Al ingreso a la emergencia presenta una presión arterial de 177/80 motivo por el cual se hospitaliza para manejo médico y ampliar estudios.

Dentro de los antecedentes ERC desde hace un año con diálisis, martes jueves y sábado, portador de sonda, hipertenso e hiperplasia benigna de próstata grado 2.

Exámenes auxiliares

HB: 11.7 Leucocitos: 16 590 Abastionados: 3% Creatinina: 5.51

Examen de orina: Leucocitos más de 100 por campo

Paciente catalogado con los diagnostico de:

- ITU complicada
- Portador de sonda Foley
- ERC en TRR por UPO

En tratamiento con antibiótico de amplio espectro meropenem 500mg endovenoso cada 24 horas, con evolución favorable.

I.3. Rotación en Cirugía

La rotación de cirugía en el HMC fue una de las rotaciones con más experiencias en cuanto a procedimientos y aprendizaje teóricos, además que fue crucial para aclarar conceptos que aprendimos en durante la modalidad virtual en 2021.

Caso clínico n.º 1

Paciente, varón E. G. R. de 54 años procedente de Iquitos, sin antecedentes patológicos de importancia. Acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 2 semanas que se caracteriza por dolor en región glútea derecha e izquierda. Paciente refiere que desde hace 2 semanas presentaba leve dolor a nivel anal y se automedica con medicamentos antihemorroidales que no logran ceder el dolor por lo que acude a hospital de EsSalud donde le dan de alta con tratamiento analgésico, regresa por emergencia del mismo hospital donde le realizan una incisión a nivel Inter glútea drenándose 20 cc de contenido de aspecto purulento de coloración marrón/amarillenta. Le dan de alta con tratamiento antibiótico vía oral y analgésicos. A los 3 días acude a emergencia del Hospital Militar Central por presentar dolor intenso en zona glútea derecha con tumoración, en tópico de cirugía se realiza punción y drenaje de tumoración con salida de 45 cc de exudado liquido de coloración marrón. Al momento del examen físico se evidencia dificultad para la marcha, movilidad disminuida y dolor en zona glútea. Región glútea: aumento de tamaño focalizado en glúteo derecho, eritematoso y dolor intenso a la palpación de ambos glúteos. Resto de aparatos conservados. Funciones biológicas: apetito disminuido, deposiciones disminuidas, sueño alterado.

Exámenes auxiliares:

Hemograma: leucocitos: 21 500, abastionados 5.0%, examen de orina patológico con 40-50 leucocitos por campo

Se decide hospitalización en servicio de cirugía general con diagnóstico de absceso glúteo.

Caso clínico n.º 2

Paciente A. P. J. L. de 73 años, antecedente de asma bronquial desde los 35 años, usuario de bromuro de ipratropio y salbutamol 02 puff cada 8 horas.

Antecedentes quirúrgicos: hernioplastia umbilical en 2005, colocación de prótesis de cadera derecha en 2014. Alérgico a las penicilinas. Acude a emergencia presentando gonalgia rodilla izquierda de inicio brusco, con un tiempo de enfermedad de 5 años. Sin mecanismo de trauma.

Paciente refiere que hace 5 años su cuadro clínico inicia con dolor 3/10 que calmaba con aines y leve limitación a la flexión. Con el paso del tiempo el dolor se fue intensificando y ya no cedía con Aines tópicos o vía oral, el día del ingreso presentaba dolor 6/10 y mayor limitación funcional por lo que decide acudir a emergencia donde se decide hospitalización con diagnóstico de gonartrosis izquierda y se decide tratamiento quirúrgico con artroplastia total de rodilla izquierda.

Al examen físico del ingreso, paciente se encontraba con funciones vitales estables, limitación para la marcha. Al examen físico preferencial se encontró rodilla izquierda con dolor 5-6/10 a la digito presión, leve aumento de volumen, disminución de rango articular.

Se programa cirugía al 2do día de hospitalización y se lleva a cabo una artroplastia total izquierda, dentro de los hallazgos: gonartrosis severa izquierda, paciente tolera bien el acto quirúrgico y pasa a sala de recuperación post anestésica. Se queda hospitalizado en el servicio hasta

Caso clínico n.º 3

Paciente J. B. C. A. de 68 años con antecedente de cirugía previa de hernia inguinal en el 2021. Acude a emergencia con un tiempo de enfermedad 1 año por presentar bulto en fosa iliaca izquierda que progresivamente iba aumentando de tamaño hasta que un mes antes del ingreso se asocia a dolor tipo hincada de leve intensidad, 2 días antes del ingreso se agregan nauseas motivo por el cual decide acudir a emergencia. Al examen físico dirigido se observa un abdomen globuloso, no distendido con masa en fosa iliaca izquierda de aproximadamente 20 cm, con ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible con masa reductible que impresiona un defecto de 5 cm a nivel de cicatriz operatoria, leve dolor a la palpación sin cambios de coloración y timpanismo conservado

Exámenes auxiliares sin alteraciones

Se decide hospitalización para manejo quirúrgico con el diagnóstico de hernia incisional

Caso clínico n.º 4

Paciente R. L. V. R. de 51 años con antecedente de cesárea a los 16 años e hipotiroidismo. Acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 3 días por presentar dolor tipo urente en epigastrio asociado a náuseas y vómitos de contenido bilioso, un día después migra el dolor a hipocondrio derecho de tipo cólico de moderada intensidad agregándose hiporexia motivo por el cual decide acudir a emergencia. Al examen físico dirigido se observa abdomen globuloso, no distendido con cicatriz operatoria en hipogastrio, ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho, Murphy positivo, timpanismo conservado.

Exámenes auxiliares:

BT: 0.81 mg/dl BD: 0.39 mg/dl BI: 0.42 mg/dl INR: 1.02

Leucocitos: 7870 Abastionados: 0 %

Ecografía abdominal:

Vesícula de 86x34 mm, paredes en 6.1 mm, múltiple litiasis en interior el mayor de 13 mm, colédoco en 5.8 mm

Se decide hospitalización para manejo quirúrgico con el diagnóstico de colecistitis aguda calculosa.

I.4. Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º 1

Paciente, mujer de 3 años sin antecedentes de importancia acude a emergencia del Hospital Militar Central por presentar un cuadro con 12 horas de evolución de inicio insidioso y curso progresivo que se caracteriza por fiebre, vómitos y diarrea. La madre refiere que su hija presentó fiebre de 39 grados por más de 3 horas, que no cede a paracetamol, vómitos en 2 oportunidades de contenido alimentario y deposiciones líquidas sin moco, con rasgos de sangre en 4 oportunidades. Al momento del ingreso por emergencia luce pálida, deshidratada, hipoactiva, con tendencia al llanto. Se decide hospitalización para tratamiento de hidratación endovenoso y se solicitan exámenes de laboratorio.

Al examen físico la paciente presenta mal estado general, mal estado de hidratación, FC: 145 lpm, T: 38,5, R: 22x', satO₂: 98 %, piel tibia, elástica, signo de pliegue positivo

Exámenes auxiliares:

Hemograma con leucocitos en 10.7, Hb: 12.5, Hto:35.6 %, abastados 5.0 %, segmentados 70.8%, linfocitos 13.8%. Bioquímica TGO: 47.3 UI/L, TGP: 33.3 UI/L, PCR: 56.8 mg/L.

Electrolitos séricos: Na: 133, K: 3.8, Cl: 99.

Reacción inflamatoria en heces: heces de coloración amarillenta, líquida, positivo a moco fecal, sin restos de alimentos, leucocitos abundantes, a predominio de polimorfonucleares, se sugiere coprocultivo para D/C Entamoeba histolytica.

Con estos resultados se decide hospitalizar a la paciente para rehidratación endovenosa con dextrosa 5 %, cloruro de sodio al 20 %, cloruro de potasio al 20%, volumen total de 1000 cc a 41 cc/h.

Además, se inicia tratamiento antibiótico con ceftriaxona 500 mg cada 12 horas, paracetamol 190 mg EV, ondansetron 1.8 mg EV, simeticona 80mg/ml 15 gotas VO c/ 8 horas y ranitidina 12mg EV c/12h.

Durante su hospitalización paciente presenta evolución favorable y se solicitan otros exámenes de laboratorio como:

IFI viral: negativo a virus

Examen de orina con 10-12 leucocitos por campo, bacterias ++, resto no patológico.

Coprocultivo negativo.

Al día 5 de hospitalización se plantea alta con indicaciones por evolución favorable del cuadro clínico de la paciente.

Caso clínico n.º 2

Paciente, mujer de 11 años, procedente de lima, sin antecedentes patológicos, con antecedente familiar de asma. Niega RAM. Paciente traída por su mama con 3 días de enfermedad de inicio insidioso y curso progresivo que se caracteriza por dificultad respiratoria, fiebre, tos y odinofagia. Madre refiere que 3 días previos a la hospitalización paciente presentaba odinofagia, tos productiva, ese mismo día en la noche presentó sensación de alza térmica no cuantificada. Un día antes de la hospitalización madre nota que la tos se hace más exigente y la expectoración se torna verdosa, espesa y se escuchaban “roncantes en el pecho”. Al día siguiente la paciente despierta con fiebre de 39 grados y dificultad respiratoria por lo que deciden traerla por emergencia del hospital.

Funciones vitales:

FC: 116 x', FR: 26x', T: 37.3, satO2: 94%, Escala de Glasgow: 15/15

Al examen físico paciente en regular estado general, piel caliente, hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos. Orofaringe congestiva, lengua con lesiones blanquecinas en bordes laterales. Tórax: amplexación conservada, uso de musculatura intercostal. Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, roncantes y sibilantes en inspiración y espiración. Abdomen: blando depresible, se moviliza con la respiración, dolor abdominal por esfuerzo respiratorio.

Se decide hospitalizar a la paciente con los diagnósticos de: 1) rinofaringitis, bronquitis a D/C neumonía atípica 3) crisis asmática moderada.

Se solicitan exámenes del laboratorio:

Hemograma: leucocitos: 14.2, abastionados: 4%, segmentados: 83%, linfocitos: 6%, Hb: 12.2 mg/dL, Hto: 34.5, plaquetas: 374.000, PCR: 15 mg/dL.

Prueba antigénica para COVID-19: no reactivo.

En emergencia se decide terapia de rescate con salbutamol inhalados 04 puff y bromuro de ipratropio inhalador 02 puff c/20 minutos x 4 ciclos. A la que responde bien y hospitaliza a piso de pediatría para continuar terapia con nebulizadores y antibióticos endovenosos. Como terapéutica del primer día de hospitalización se incluyó ceftriaxona 1g c/12 horas y azitromicina 500mg $\frac{3}{4}$ de tableta c/24 horas como tratamiento antibiótico, ranitidina EV c/8h, nebulización con salbutamol 18 gotas + suero fisiológico c/3horas, bromuro de ipratropio 2 puff c/ 3 horas después de la nebulización. Hidrocortisona 250 mg EV STAT, luego 80 mg EV c/6h. Durante hospitalización se fue espaciando las nebulizaciones y se mantuvo el tratamiento antibiótico hasta los 7 días, con evolución favorable de la paciente por lo que se le da de alta en el día 7 de hospitalización luego de recibir la última dosis de antibiótico.

Caso clínico n.º 3

Paciente, mujer de 5 años sin antecedentes de importancia acude a emergencia traída por su madre con un tiempo de enfermedad de 10 días de inicio insidioso y curso progresivo. madre refiere que 10 días antes el ingreso presentó aumento de volumen en cara y párpados, 7 días antes del ingreso presentó aumento de volumen de miembros inferiores y abdomen, esto fue en aumento hasta el día del ingreso. Además, relata que 2 días antes del ingreso presentó disminución de volumen urinario y orina espumosa. El motivo para traerla por emergencia es la disminución importante de orina y los edemas en aumento.

Funciones vitales:

FC: 98 lpm, FR: 32 rpm, PA: 100/70, peso: 14 kg talla: 82 cm

Se decide hospitalización a la paciente con diagnóstico de síndrome nefrótico.

Para ampliar diagnóstico se solicita examen de orina completo, proteínas en orina en 24 horas, dosaje de albúmina sérica, perfil lipídico, radiografía de tórax, PPD, parasitológico en heces, hemocultivo, urocultivo, PCR y VSG.

En piso se decide manejo con una dieta de clorurada, Furosemida dos

miligramos por kilo. y corticoides con prednisona 60 miligramos por 4 a 6 semanas

El resultado de la proteinuria en 24 horas arroja más de 40mg/m2/hora, proteína/creatinina en rango nefrótico.

Demás exámenes para des focalización dentro de valores normales.

Se determinó que era síndrome nefrótico a cambios mínimos.

Caso clínico n.º 4:

Paciente varón de 2 años sin antecedentes patológicos, es traído a emergencia por madre que refiere que desde hace 12 horas presenta picos febriles de 38,5°C que ceden parcialmente al paracetamol, acompañados de vómitos por lo que decide traerlo. Durante el camino a hospital presenta un episodio de movimientos repetitivos, involuntarios en miembros superiores e inferiores con desviación de mirada y fasciculaciones, con una duración de 3 minutos con recuperación de conciencia. Llega a emergencia y es ingresado inmediatamente para evaluación.

Funciones vitales estables: FC: 110 lpm, FR: 22 rpm, T°: 38 °C Peso: 12 kg
Talla: 81 cm

Paciente despierto, con tendencia al llanto, conectado con el entorno y con apego a la madre.

Según el triángulo de evaluación pediátrica el paciente está quejumbroso, llanto inconsolable.

Trabajo respiratorio sin alteraciones

Circulación cutánea sin alteraciones.

Al examen físico el paciente presenta rigidez de nuca, alteración del SNC. Orofaringe eritematosa, mucosa oral seca. Resto de aparatos sin alteraciones.

Se solicita exámenes auxiliares:

Hemograma: leucocitos: 10.2, abastionados: 5 %, segmentados: 80 %, linfocitos: 5 %, Hb: 11.3 mg/dL, plaquetas: 324.000, PCR: 40 mg/dL.

Se decide hospitalizar al paciente para ampliar estudios.

Se solicita examen de LCR para descartar meningococcal bacteriana.

La terapéutica que recibió en emergencia fue sales de rehidratación oral, paracetamol 120mg/5ml 6 ml cada 6 horas, canalización de vía periférica. Al momento de estabilizarse el paciente es trasladado a piso donde se le hace historia clínica para aclarar antecedentes. Paciente no completó esquema de vacunación.

Al 4to día de hospitalización el cultivo de LCR salió positivo Estreptococo grupo B. Se le indica tratamiento con ampicilina por 18 días, luego es dado de alta sin secuelas y se explican signos de alarma.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El internado que nosotros realizamos fue durante la vigencia del marco de emergencia sanitaria por la COVID-19, por lo que se realizó en dos establecimientos diferentes.

Una interna realizó en un hospital de la sanidad del Ejército del Perú por 8 meses y 2 meses en hospital del Minsa Honadomami San Bartolomé. Y otro interno hizo sus prácticas en un establecimiento del primer nivel por (x) meses y la continuó en hospital de alta resolución como el HNAL y el Honadomami San Bartolomé.

El Hospital Militar Central de Lima es un centro de atención médica de alta complejidad y de referencia nacional. Fue fundado por el expresidente Augusto B. Leguía, en el año 1912, como hospital de campaña para atender a los soldados que regresaban de la Guerra del Pacífico. A partir de esto ha ido creciendo y evolucionando para ahora tener una amplia gama de servicios médicos, con especialidades como Neurología, Cardiología, Cirugía, Traumatología, Oncología, entre otras. Además, cuenta con unidad de cuidados intensivos, unidad de emergencia y un banco de sangre.

También es centro docente para la formación de nuevos profesionales de la salud. Cuenta con una residencia médica en todas las especialidades, y escuela de farmacia, enfermería y odontología. Está catalogado dentro de la categoría III-1 (nivel de complejidad III y nivel de atención 1).

Es un hospital perteneciente al ministerio de Salud, se ubica en el distrito del Cercado de Lima. Es uno de los hospitales más antiguos del país, fue fundado en el año 1821 como una institución para atender a los enfermos de la ciudad de Lima. Su nombre es en honor al arzobispo Jerónimo de Loayza, por su donación de dinero que fue importante para construcción de la institución.

En la actualidad, el hospital se considera como centro de referencia y cuenta con especialidades como cirugía, ginecología, obstetricia, traumatología, oftalmología, pediatría, ginecología y obstetricia entre otras.

Nosotros como internos de medicina desarrollamos funciones de apoyo para la

realización de los procedimientos para el tratamiento de los pacientes por parte de los médicos asistentes, así como también la elaboración de la historia clínica, evolución diaria, y con ayuda de los residentes la hoja de terapéutica. Además, bajo supervisión podemos involucrarnos en la toma de muestras de sangre, suturas, colocación de férulas de yeso, sonda Foley, entre otros procedimientos. También formamos parte importante en el proceso administrativo de hospitalización y alta hospitalaria de los pacientes, llenado de hojas de FUA, referencias o para llenar las solicitudes para exámenes auxiliares.

Una de las funciones más importantes del interno es la de mantener a los médicos informados sobre la evolución del paciente, que va relacionado a la cercanía que se tiene con ellos por el hecho de verlos a diario y preguntarles sobre cómo se sienten.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1. Rotación en Ginecología Y Obstetricia

Caso clínico n.º 1: miomatosis uterina

La miomatosis uterina es una patología en la que se forman tumores benignos en el miometrio uterino, estas masas pueden variar en tamaño y cantidad. esta condición ginecológica es común en mujeres en edad reproductiva y en mujeres de descendencia afroamericana, además es una de las causas de hemorragia uterina anormal y puede ser un factor de riesgo para infertilidad.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia clasifica a estos tumores benignos hola según el número tamaño y la ubicación y con esta clasificación se determina el tratamiento.

tipo 0: no hay miomas

tipo 1: fibromas intramurales, sin distorsión de la cavidad uterina

tipo 2: fibromas subserosa con menos del 50% del diámetro en la pared uterina

tipo 3: fibromas submucosos debajo de la capa interna del útero con menos del 50% de su diámetro en la pared uterina

tipo 4: fibromas que se extienden a más del 50% de la pared uterina (intramurales y submucosos).

Tipo 5: fibromas que se extienden a través de la pared uterina en más del 50% y protruyen dentro de la cavidad uterina.

tipo 6: fibromas que se extienden hacia afuera del útero y están unidos a él por un pedículo

La etiología de la miomatosis uterina se basa en mutaciones espontáneas primarias asociadas a los cromosomas 6, 7,12 y 14⁽¹⁾. Y, dentro de la fisiopatología, se asocia con su sensibilidad a hormonas como estrógenos y progesterona, por esa razón son más comunes en mujeres en edad fértil. El crecimiento de un mioma proviene de un miocito progenitor, estas células tienen mayor número de receptores para estrógenos y las hormonas sexuales esteroideas estimulan la transcripción y producción de factores de crecimiento celular. otro mecanismo de crecimiento comprende mayores niveles de

aromatasa en los miomas. otro lado la progesterona también está involucrada en el crecimiento de estas masas benignas por sus efectos estimulantes e inhibidores.

Factores de riesgo asociados

- Menarquia temprana
- Obesidad
- Raza negra
- Síndrome de ovario poliquístico

Factores protectores

- Posmenopausia
- Multiparidad
- Uso de anticonceptivos orales combinados

Dentro del cuadro clínico usualmente las pacientes son asintomáticas, pero en los síntomas van a depender de la localización tamaño y número de los miomas, a mayor tamaño mayor síntomas como: sangrado vaginal anormal, dolor pélvico, polaquiuria, estreñimiento, infertilidad o pérdida de la gestación.

En el caso que se presentó la paciente llega a emergencia con un cuadro de sangrado vaginal, además de presentar dolor pélvico. Tomando en cuenta los antecedentes de la paciente ella presentó una pérdida gestacional aproximadamente 1 año, y presentaba sangrado uterino anormal.

El sangrado uterino anormal se define como una variación del ciclo menstrual en regularidad y duración y cantidad del flujo.

Para el abordaje de esta paciente se solicitaron exámenes auxiliares como un perfil de mático completo perfil de coagulación, grupo sanguíneo, bioquímica, examen de orina, urocultivo, y exámenes de imágenes como la ecografía transvaginal.

en la ecografía transvaginal se evidenció dos miomas

Tratamiento va a depender de la clasificación del mioma⁽²⁾ y puede ser quirúrgico o no quirúrgico.

Tratamiento no quirúrgico: Se debe tratar los síntomas

- AINES: se usa para el tratamiento de la dismenorrea bloqueando las prostaglandinas como mediadores de dolor
- Anticonceptivos orales combinados: son los fármacos de primera línea para miomatosis uterina por la sensibilidad a las hormonas sexuales.
- DIU de levonorgestrel: para la hemorragia uterina anormal.
- Agonista de GNRH: como la leuprolida, disminuye el tamaño del mioma en un 35-65% en 3 meses de tratamiento, se puede usar como tratamiento coadyuvante antes de la cirugía.
- Inhibidores de aromatasas: bloquean la producción de estrógenos para disminuir el crecimiento de los miomas.
- Embolización de la arteria uterina: se inyecta alcohol polivinílico en arteria uterina, disminuye el flujo sanguíneo y provoca isquemia, luego necrosis Y como consecuencia disminuye el tamaño del mioma.

Tratamiento quirúrgico:

- Miomectomía histeroscópica: miomas submucosos.
- Miomectomía: Puede ser por vía laparoscópica o por laparotomía, Este procedimiento en pacientes que desean mantener la fertilidad.
- Histerectomía: tratamiento quirúrgico definitivo y tiene una tasa de éxito mayor a 90%, útil en pacientes que tienen la maternidad satisfecha.

En el caso de la paciente se le realizaron los exámenes prequirúrgicos y se le realizó una miomectomía por vía laparoscópica. Este procedimiento quirúrgico se utiliza para extirpar los fibromas uterinos mediante pequeñas incisiones de aproximadamente 1 cm que se hacen en la pared abdominal y se ingresa con un aparato llamado laparoscopio. Antes de iniciar la cirugía se da tratamiento antibiótico como profilaxis, en el caso de la paciente se administró ceftriaxona 2 g a dosis única. El procedimiento se llevó a cabo sin complicaciones y la paciente toleró acto quirúrgico, luego pasó a sala de recuperación post anestésica donde también tuvo una evolución favorable y al cabo de 6 horas fue trasladada a piso donde se quedó hospitalizada. Se le dio de alta el servicio de ginecología dos días después

de la cirugía.

Al dar de alta se hace hincapié sobre los signos de alarma que podría presentar en caso de complicaciones como sangrado vaginal o por herida operatoria, fiebre, dolor pélvico que no cede con antiinflamatorios, náuseas o vómitos, cambios de coloración o dolor intenso alrededor de la herida operatoria, además se le agenda una cita una semana después para que acuda a control postoperatorio.

Caso clínico n.º 2: Gestante de 39 semanas en trabajo de parto fase activa

El segundo caso clínico trata de una paciente de 28 años, gestante 39 semanas que acude por emergencia con un cuadro compatible con trabajo de parto, al momento de la evaluación se le diagnosticó trabajo de parto en fase activa y talla corta.

El trabajo de parto se define como un proceso fisiológico y psicológico que se da en el cuerpo de la mujer en la fase final del embarazo, durante el trabajo de parto habrá cambios cervicales que junto con las contracciones uterinas van a permitir la salida del feto por el canal del parto.

En parto puede ser eutócico, que se define como proceso con un inicio y evolución espontánea⁽³⁾, con duración adecuada y el trabajo de parto transcurre de manera normal, este finaliza con la salida del producto a término por vía vaginal y en presentación cefálica. Pero también puede ser distócico, que se define como un parto con progreso anormal donde hay alteración de los factores que intervienen en el trabajo de parto como la presentación del feto, la pelvis materna o anomalías en el canal vaginal que no permiten la continuación normal del trabajo de parto.

El trabajo de parto se divide en 3 periodos:

Periodo de dilatación:

- Fase latente: se define la fase que involucra una dilatación cervical de cero a 4 cm e incluye contracciones uterinas en baja frecuencia e intensidad.
- Fase activa: involucra una dilatación cervical mayor a cuatro, es un indicativo de hospitalización en centro obstétrico.

Periodo expulsivo: cuando la gestante ha llegado la dilatación completa de 10 cm es pasada a la sala de expulsivo para esperar la salida del feto por el canal

vaginal.

Periodo de alumbramiento: se define el periodo en el que se expulsa la placenta y las membranas fetales, se recomienda alumbramiento dirigido para evitar la hemorragia posparto.

Se deben solicitar exámenes auxiliares de laboratorio en caso la gestante no haya sido controlada en la institución y no se tengan a la mano. Se solicitará un hemograma completo grupo sanguíneo y factor RH, prueba rápida para sífilis, VIH, hepatitis B, hepatitis C y examen de orina. Además, se solicitarán exámenes imagenológicos como una ecografía obstétrica en caso de que última ecografía no sea clara, o monitoreo intraparto si se considera necesario. Los exámenes pueden variar según el cuadro clínico de la paciente, dependiendo de los factores de riesgo que presenta, se pueden agregar otros exámenes como dosaje de glucosa, perfil de coagulación, perfil hepático, ecocardiografía, etcétera.

Como antecedentes obstétricos importantes debemos tener en cuenta:

- Cicatriz uterina previa
- Preeclamsia
- Gestación menor a 37 semanas
- Gestación mayor a 41 semanas
- RPM en gestaciones anteriores
- Diabetes gestacional o diabetes mellitus tipo dos
- RCIU
- Distocia de hombros

Teniendo en cuenta los antecedentes obstétricos se puede clasificar a las gestantes con alto riesgo obstétrico.

Manejo de labor de parto:

Se debe respetar las peticiones de la gestante y sus derechos sin descuidar el bienestar fetal o materno.

Periodo de dilatación:

Durante este periodo se debe hacer una vigilancia del bienestar materno fetal controlando funciones vitales de la paciente que incluye presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura. Al momento que la gestante ha llegado a una dilatación de cuatro se abre la partograma de la OMS y se vigila las curvas de alerta y acción. En este periodo, la paciente deberá permanecer en la sala de dilatación en constante monitoreo, la reevaluación del tacto vaginal se hace cada 2 horas en la fase activa del trabajo de parto, se permite la deambulación y adopción de la postura deseada por la paciente. Debe estar con una vía periférica permeable con solución salina al 0.09%. se debe ofrecer analgesia de parto para el control del dolor y aceptar si la paciente lo pide.

Se ha demostrado que la depilación completa del periné y el uso de enemas no brindan beneficio en el trabajo de parto, por lo que se ha dejado de lado.

Periodo expulsivo:

Cuando se reevalúa a la paciente y se notifica la dilatación completa de 10 cm se traslada a la paciente a la sala de expulsivo, previo aviso a pediatría. E te periodo debe durar 2 horas en gestantes nulíparas y máximo 1 hora en gestantes multíparas.

La sala de expulsión debe mantener las reglas de asepsia y bioseguridad y se comunica a la especialidad tenía una patología para la atención inmediata del recién nacido. durante el periodo de expulsión igual se mantiene el monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal.

En este período ingresa todo el equipo que incluye médicos, obstetras, enfermeras y neonatólogo. Todos deben mantener las reglas de bioseguridad y asepsia dentro de la sala. se ingresa con gorro quirúrgico, botas y bata quirúrgicas. Además, el personal que está a cargo de dirigir el trabajo de parto debe usar guantes estériles en todo momento.

El momento que el feto va descendiendo y hace la rotación interna para la presentación cefálica se protege el periné con la maniobra de Ritgen para evitar desgarros, se permite la rotación externa espontánea del feto y en caso de presentar circular de cordón al cuello se desliza el asa por encima de la cabeza fetal, al momento en el que sale por completo el producto se coloca sobre el abdomen de la madre iniciando el contacto directo precoz y la atención

inmediata al recién nacido. Posteriormente se hace clampaje oportuno de cordón umbilical.

Periodo de alumbramiento:

Se realiza alumbramiento dirigido y debe tener una duración máxima de 15 minutos. En este momento se usarán 10 UI de oxitocina que se coloca por vía intramuscular o por la vía periférica permeable. Se realiza el clampaje oportuno del cordón umbilical y se inicia la maniobra de Brandt Andrews de tracción y contracción del cordón umbilical.

Una vez que la placenta sale por completo se revisa que las membranas ovulares estén completas y no falten cotiledones, luego se realiza masaje bimanual externo en el abdomen de la paciente y se verifica que el útero se haya contraído para evitar hemorragia postparto. Se llenan los registros del partograma y la historia clínica perinatal.

Finalmente, la paciente pasa a la sala de puerperio inmediato donde se queda en observación mínimo 2 horas, durante su estancia sí monitorea funciones vitales de la puérpera y según los antecedentes obstétricos puede pasar a una sala de vigilancia intensiva materna.

Si la paciente no presenta ninguna complicación a las 2:00 h es trasladada a la sala de alojamiento conjunto donde pasa con su recién nacido y en los casos de partos vaginales sin complicaciones se les da de alta 24 horas después con indicaciones domiciliarias.

Caso clínico n.º 3: Miomatosis uterina

En el caso presentado, la paciente durante la atención de emergencia se encuentra con una hemoglobina de 6,8 gr/dl por lo cual se busca optimizar la hemoglobina para programación de cirugía, posterior a la transfusión se realiza control con valores de 10,2 gr/dl. En el caso de la paciente por presencia de mioma de 8 cm y paridad satisfactoria se programa para una histerectomía abdominal total. Durante la cirugía dentro de los hallazgos, la presencia de tropas tortuosas e inflamatorias se opta por salpinguectomía bilateral. Dentro del manejo postoperatorio en el área de ginecología se toma control de hemoglobina a las 6 horas, donde la paciente presenta un control de 9,1 gr/dl un valor dentro de lo esperado, en los días de postoperatorio paciente presenta una evolución favorable, tolerando líquidos y sólidos, con leve dolor de herida operatoria, con

herida operatoria con bordes afrontados, sin signos de flogosis, ruidos hidroaéreos presentes, leve dolor a la palpación de sitio operatorio y timpanismo conservado. Motivo por el cual, al tener una evolución favorable se da de alta a la paciente con indicaciones de control por consultorio externo del servicio.

Caso clínico n.º 4: Puerperio inmediato

El caso presentado es una paciente gestante que no tuvo mayor complicación durante la fase expulsiva. Sin embargo, se hace hincapié en la vigilancia que se debe tener durante el puerperio inmediato, debido a que dentro de las complicaciones se dan las hemorragias postparto por tal motivo posterior al expulsivo se revisa la hemostasia, se busca presencia de desgarros o laceraciones que pueden comprometer a la puérpera, a la palpación se encuentra un útero contraído a nivel de la cicatriz umbilical, y el total del sangrado fue de 300cc, un sangrado esperado. Las características del líquido amniótico, un líquido claro sin mal olor. Al no haber complicaciones por parte de la madre y el recién nacido, se deja en contacto piel a piel, con lactancia materna exclusiva, un periodo importante para fortalecer el vínculo⁽¹⁴⁾, además de traer beneficios tanto para la madre como para el recién nacido, dentro de ellos regular la temperatura del recién nacido, menor presencia de llanto, menor incidencia del dolor posparto, menor nivel de ansiedad por parte de la madre, mayor producción del calostro⁽¹⁵⁾, la cual es fundamental para el sistema inmune del recién nacido. Una vez completado las 2 horas de vigilancia estricta se realiza el pase a alojamiento conjunto en el área de puerperio normal, evidenciando al examen físico un abdomen globuloso, no distendió con ruidos hidroaéreos presentes, un útero contraído a nivel de cicatriz umbilical con leve dolor a la palpación en hemiabdomen inferior, en el área genitourinario, se evidencia loquios hemáticos escasos sin mal olor.

III.2. Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º 1: Gastroenterocolitis aguda

El primer caso clínico se trata de un varón de 22 años que ingresa por emergencia con síntomas compatibles con una gastroenterocolitis aguda. Sin embargo, se pueden desarrollar más de una patología en este caso.

Dentro del cuadro de la GECA, se puede incluir trastornos de ácido base, trastornos hidroelectrolíticos y deshidratación, de no ser compensados podrían ocasionar shock en el paciente. en el cuadro clínico presentado el paciente ingresa por la unidad de trauma shock con hipotensión taquicardia alteración del sensorio y fiebre de 40º por lo que se decidió hospitalizar en el servicio de emergencia para manejo de medio interno y estabilización.

Teniendo en cuenta el antecedente quirúrgico del paciente de haberse sometido a una colecistectomía hace un mes se solicitó una tomografía abdominal para descartar un absceso residual.

La gastroenterocolitis aguda se define como un cuadro inflamatorio/infeccioso del estómago y los intestinos, de etiología infecciosa como bacterias, virus o parásitos. El cuadro clínico incluye síntomas como diarrea profusa, dolor abdominal, náuseas, vómitos, fiebre y malestar general.

La etiología más común suele ser viral dentro de ellas al rotavirus y norovirus, pero también puede ser bacteriana por *Salmonella spp*, *Shigella spp* o *Escherichia coli* enterotoxigénica o enteropatógena. Usualmente se trata de cuadros auto limitados que no requieren tratamiento antibiótico ni manejo intrahospitalario, pero de presentar trastornos ácido base, hidroelectrolíticos o de sensorio se debe manejar en el hospital.

En cuanto al enfoque diagnóstico⁽⁴⁾ se debe hacer una evaluación inicial para determinar si la clínica corresponde a un cuadro de GECA, determinar el grado de deshidratación, posibles complicaciones y distinguir la causa más probable de la infección para hacer un correcto abordaje terapéutico.

El cuadro clínico de una gastroenterocolitis aguda debe tener una duración menor a 14 días, para evaluar la severidad del caso se debe preguntar sobre fecha de inicio de los síntomas la frecuencia cantidad y características de los vómitos y las diarreas además debemos verificar tolerancia oral. Para valorar el

estado de hidratación del paciente se debe preguntar por la presencia de sed o de orina, el aspecto de los ojos boca lengua y respiración, además se debe explorar la elasticidad de la piel, pulso, llenado capilar. se considera como una persona normal hidratada que tiene todos estos parámetros dentro del valor normal y se considera deshidratación grave cuando el paciente presenta sed excesiva, no orina hace 6 horas, alteración del sensorio, ojos hundidos, de cosas secas, aspiración rápida, signo de pliegue positivo, llenado capilar mayor a 5 segundos.

Al paciente se le hospitalizó con uno de los diagnósticos de shock distributivo a descartar sepsis.

El shock distributivo se define como un tipo de shock que se produce cuando hay una disminución de la resistencia vascular periférica y como consecuencia hay disminución en el retorno venoso y disminución en el gasto cardíaco. Al aparecer estas alteraciones puede haber acumulación de sangre en tejidos periféricos y los otros órganos pueden estar hipo perfundidos lo que finalmente va a llevar a una disfunción multiorgánica. Dentro del shock distributivo se puede ubicar al shock séptico, anafiláctico y neurogénico.

El manejo de shock séptico inicia con fluido terapia para reponer volumen y aumentar la presión arterial, la reposición puede ser con solución salina o con coloides o cristaloides. El segundo paso es la administración de medicamentos vasopresores, en caso de que el paciente no responda a la fluidoterapia, los vasopresores aumentarán la presión arterial y perfusión tisular. La siguiente medida es la identificación de la etiología de shock, en este caso séptico y abordaje terapéutico con antibióticos. Como cuarta medida se debe tener en cuenta soporte adicional para los órganos afectados y finalmente monitoreo y control de funciones vitales del paciente para que asegure evolución favorable.

Continuando con el tratamiento de la gastroenterocolitis aguda se describen las situaciones clínicas en las que se sugiere determinar el origen etiológico de la diarrea:

- Diarrea con sangre
- Fiebre alta persistente con compromiso del Estado general severo
- Diarrea persistente mayor a 7 días o más y menor a 14

- Uso reciente de antibióticos
- Paciente inmunocomprometido
- Situación de brote epidemiológico

El tratamiento se basa:

Manejo hidroelectrolítico: rehidratación oral o endovenosa dependiendo del grado de deshidratación, se puede utilizar solución polielectrolítica, sales de rehidratación oral o suero fisiológico.

Nutrición: optimizar la dieta de acuerdo a la tolerancia del paciente, evitar alimentos ricos en fibra durante la duración del cuadro.

Antieméticos: en caso de pacientes con vómitos persistentes se puede administrar ondansetron por vía oral vengo venoso para evitar que aumente la deshidratación

Probióticos: se sugiere el uso de *Saccharomyces boulardii*, Ha demostrado eficacia en reducir la severidad del episodio y acorta el tiempo de hospitalización.

Zinc: Recomendada por La OMS durante 14 días

Antibióticos: se prescribe en casos de diarrea acuosa severa o disentérica con etiología bacteriana demostrada, en caso de *Shigella SPP* se puede usar ciprofloxacino o azitromicina, *Salmonella SPP* cefalosporina de tercera generación o ciprofloxacino, *Campylobacter spp* macrólidos y en caso de *Escherichia coli* enteropatógena o enterotoxigénica se puede usar cefalosporinas de tercera generación o quinolonas.

Una vez que el paciente completa el ciclo de antibióticos y además presenta mejoría clínica se puede dar de alta domiciliaria. En el caso del paciente se completaron 7 días Antibiótico con metronidazol y ciprofloxacino vía oral, y al cabo el tratamiento se dio de alta con una evolución favorable y sin complicaciones.

Caso clínico n.º 2: ITU Complicada

En el segundo caso de Medicina interna, se presenta un paciente con un cuadro compatible a una ITU complicada.

La infección del tracto urinario incluye a cistitis y pielonefritis, es la infección por

colonización de patógenos del introito vaginal o el meato uretral⁽⁵⁾. la infección se da por puro patógenos de la flora fecal que van de forma ascendente hacia la uretra y llegan a la vejiga causando la cistitis de no recibir tratamiento puede seguir su camino ascendente para convertirse en una pielonefritis que va a incluir síntomas sistémicos.

La cistitis va a tener un cuadro clínico de síntomas urinarios irritativos como disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, sensación de vejiga llena. Por otro lado, la pielonefritis puede tener síntomas irritativos, pero estos van acompañados de sintomatología general como fiebre, malestar, náuseas y vómitos. Estos cuadros deben ser confirmados con un examen de orina completo y un urocultivo con antibiograma.

Las infecciones de tracto urinario se pueden clasificar como no complicadas, estas van a cursar con síntomas misionales y se van a dar en pacientes sin anomalías funcionales o alteraciones del tracto genitourinario, pacientes sin comorbilidades y libres de instrumentación reciente.

La infección de tracto urinario complicada se define como una infección con signos y síntomas que sugieren una extensión por arriba de la vejiga. los síntomas principales son fiebre escalofríos, fatiga, dolor en flancos, dolor al apuño percusión lumbar y dolor pélvico perianal en hombres, este último puede sugerir una prostatitis como coinfección.

El agente etiológico más frecuente es la *E. coli* en un 75-90 %, *S. saprophytic* en un 5-15 %, y gérmenes atípicos como klebsiella, proteus y otros *enterococcus* en un 5 a 10 %.

Dentro de los factores de riesgo asociados tenemos a relaciones sexuales, uso de espermicidas, múltiples parejas sexuales, diabetes mellitus algún grado de inmunodeficiencia, malformaciones genitourinarias y obstrucción en cualquier parte del tracto urinario.

El caso del paciente que se presentó por emergencia era un cuadro clínico florido de y ITU complicada, el paciente presentaba comorbilidad de diabetes mellitus de larga data hipertensión arterial con un tiempo de enfermedad de 7 días aproximadamente. llega a emergencia con síntomas generales y al examen físico se encuentran signos compatibles con ITU.

El manejo de la infección del tracto urinario se hace con un diagnóstico oportuno y clasificación correcta. en caso de una itu complicada se debe hacer un adecuado manejo de la anomalía en el tracto genitourinario o del factor de riesgo que complicó la infección.

Se debe hacer un manejo antibiótico y se puede utilizar amoxicilina más un aminoglucósido, cefalosporina de segunda generación más aminoglucósido, o cefalosporina de tercera generación

Caso clínico n.º 3: Síndrome nefrótico

El síndrome nefrótico se da por la lesión de los podocitos, el cual genera la pérdida de proteínas, por tal motivo dentro la clínica habrá proteinuria mayor de 3.5, una albumina menor de 3 g/dl que a su vez generará edemas y valores de colesterol elevados. El edema es una acumulación de líquido en el espacio intersticial⁽⁶⁾ y es una de las manifestaciones más frecuentes en síndrome nefrótico. Con todo lo mencionado, el caso del paciente presenta dicha clínica y laboratorio. Una vez definido que presenta un síndrome nefrótico se busca ampliar sus estudios para catalogar si es una enfermedad glomerular primaria o secundaria para obtener un diagnóstico más certero. Dentro del tratamiento general se da suplementos de proteína junto con diuréticos para el tratamiento del edema que presentaba el paciente. El uso de IECA disminuye la proteinuria para disminuir la progresión de una enfermedad renal ⁽¹⁸⁾. En el caso del paciente se inicia tratamiento con furosemida en 20 mg cada 12 horas, metilprednisolona 1gr para 2 pulsos y clindamicina de 600 mg cada 8hrs por vía endovenosa.

La importancia de la definición si es primaria o secundaria será debido a que en este punto se divide el tratamiento, siendo las primarias con tratamiento esteroideos y las secundarias deben ser tratadas la enfermedad adyacente.

Caso clínico n.º 4: ITU complicada

Estamos ante un caso de una ITU complicada debido a que se extiende más allá de la vejiga, con clínica compatible de fiebre y dolor en flancos, además de estar frente a un paciente con ERC con valores de creatinina de 6.61 y potasio en 6.87, un paciente que se dializa. En este caso en particular paciente presenta un cultivo positivo a *Escherichia coli*, BLEE positivo, que es el germen de mayor prevalencia frente a ITU asociado a catéter además de ser multirresistente ⁽²³⁾. Por tal motivo bajo indicaciones del servicio de infectología se da pase para el uso de

meropenem con dosis ajustada por antecedente. Los cuidados en el caso del paciente respecto al tratamiento ATB es posterior a las diálisis colocar la dosis. En los días posteriores al tratamiento hay evolución clínica favorable sin presencia de picos febriles y con control de laboratorio de disminución de leucocitos.

III.3. Rotación en Cirugía

Caso clínico n.º 1: absceso perianal

En primer caso clínico es compatible con un absceso perianal, esta patología se puede revisar junto con la fistula perianal, ya que esta última es parte de la evolución de un absceso.

Los abscesos perianales se definen como una acumulación de pus en el área que rodea al ano y recto. la patología es dolorosa y de origen inflamatorio. da inicio en las glándulas anales que se obstruyen y finalmente se infectan produciendo la acumulación de material purulento. Dentro de las causas se incluyen cuerpos extraños, traumatismos, enfermedades inflamatorias intestinales, masas, fisuras anales recurrentes y tratamiento con radioterapia⁽⁷⁾. Los abscesos perianales son más frecuentes en varones y el pico de incidencia se encuentra en la tercera década de la vida.

Los abscesos perianales se pueden clasificar según su ubicación como:

Perianal: el más frecuente, presenta dolor intenso que se exagera con la deposición y al momento de estar sentado, va a imposibilitar la marcha y al examen físico se va a observar una zona indurada y eritematosa.

Isquiorectal: Son los segundos en frecuencia y se van a presentar en la región glútea baja. son extremadamente dolorosos y puede ir acompañado de síntomas generales como fiebre y leucocitosis.

post anal profundo: se trata de un absceso en el área entre el esfínter anal externo y el músculo elevador del ano en la línea media posterior. el diagnóstico es más complicado por la ubicación y al examen físico no se puede observar.

Interesfinteriano: este absceso tiene origen en una cripta y se extiende en dirección hacia el plano interesfinteriano, al no existir manifestación externa el diagnóstico es difícil.

Supraelevador: es el tipo de absceso más inusual y puede tener origen en un proceso infeccioso pélvico como la enfermedad de Crohn o la enfermedad inflamatoria pélvica.

El tratamiento de un absceso perianal responde a drenaje local y uso de

antibióticos vía oral además de control periódico por consultorio de cirugía general. la presencia de un absceso perianal puede condicionar la aparición de una fístula perianal y en este caso el tratamiento debe ser quirúrgico. Una fístula se define como una comunicación anormal entre 2 superficies epiteliales.

En este primer caso clínico que se presentó en tópicos de emergencia de cirugía general tenemos a un absceso perianal de inicio reciente, por esa razón el tratamiento fue drenaje del absceso y control con antibiótico terapia vía oral. al término de la terapia antibiótica se le dio de alta al paciente con indicación de limpieza diaria con agua y jabón y control mensual por consultorio de cirugía.

Caso clínico n.º 2: gonartrosis

La gonartrosis se define como una enfermedad degenerativa que se produce cuando el cartílago que cubre los huesos de la rodilla se deteriora. Esto produce dolor, rigidez y limitación funcional.

Para evaluar un cuadro de gonalgia se debe considerar si hay lesión articular o una lesión periarticular y yuxtarticular. En caso de ser una lesión articular debemos verificar si esta es mecánica o de origen inflamatorio. y si es una lesión periarticular se puede hacer diagnósticos diferenciales con una tendinitis bursitis o tumores óseos.

Sobre el algoritmo para el diagnóstico de una rodilla dolorosa⁽⁸⁾ debemos diferenciar el grupo etario de adulto joven y un adulto mayor.

En caso de un adulto joven se puede deber a una lesión fémoropatelar, lesión meniscal, plica sinovial, osteocondritis, artritis infecciosa y reumatoide o una enfermedad tumoral. En caso de un adulto mayor se puede tratar de una artrosis fémorotibial, artrosis femororotuliana, Artrosis por microcristales, osteonecrosis por cóndilo interno o fracturas por sobrecarga del platillo tibial interno.

Para el diagnóstico se debe hacer una buena anamnesis como una historia clínica completa donde se describan las características del dolor, localización, circunstancias que gatilla los síntomas y se buscan signos asociados como derrame articular.

A la exploración física se debe valorar la alineación del miembro inferior evaluando el eje mecánico para ver si hay desplazamiento Se puede hacer una telerradiometría de extremidades inferiores. Además, se evalúa la articulación en movilidad activa y pasiva, es frecuente que haya disminución del arco de

movilidad con relación a la flexión. la movilización articular puede provocar una serie de crujidos debido al desgaste cartilaginoso. una vez hecho el diagnóstico el abordaje es quirúrgico.

El tratamiento inicial para la gonartrosis es farmacológico con analgésicos, se pueden administrar AINES de forma discontinua en los periodos de mayor dolor, seguido de terapia física.

En caso de que el tratamiento médico no funcione se puede hacer un abordaje quirúrgico y la técnica a utilizar se determina según el compartimiento afectado y el tiempo de enfermedad, en casos de pacientes con una enfermedad en fase inicial la artroscopia es una buena opción en la que se realiza una limpieza articular retirando detritus artrósico y se regulariza la superficie meniscal y articular. Otra alternativa de tratamiento quirúrgico para la artrosis femorotibial es la artroplastia completa en la que se sustituyen las superficies articulares de la zona afectada.

Dentro de las complicaciones mencionadas en la literatura lo más común es la hemorragia intrasop y en el postoperatorio inmediato formando un hematoma en la zona de la rodilla, además también se puede encontrar necrosis cutánea inestabilidad de la articulación y defectos del posicionamiento inicial. Otra complicación menos frecuente es la inestabilidad por osteólisis con relación a la reacción inflamatoria.

En el caso del paciente se trataba De un paciente de 73 años con un tiempo de enfermedad De 5 años por lo que en él se optó por una artroplastia total de rodilla izquierda.

Caso clínico n.º 3: Hernia incisional

La hernia incisional o también llamada eventración es la protrusión anormal de peritoneo que se da en una cicatriz quirúrgica o traumática, en el caso de la paciente en el año 2021 tiene antecedente de una colecistectomía laparoscópica más cura quirúrgica por pólipos vesiculares más hernia inguinal donde se encuentra un defecto herniario de 1x1 cm con saco de 3x3 cm, posterior a ello se da de alta a la paciente, sin embargo, refiere que 2 meses posterior a su cirugía presenta un bulto en zona inguinal que va aumentando progresivamente de tamaño motivo y es reintervenida por de cura quirúrgica más colocación de

malla por hernia incisional donde se encuentra un defecto con anillo de 8 cm con saco de contenido epiploico ⁽¹²⁾. En este caso estamos ante una hernia incisional poslaparotomía unilocular, mediano por anillo herniario sin alteración del tránsito intestinal ⁽¹³⁾.

Caso clínico n.º 4: Colecistitis aguda calculosa

En caso de la paciente se programa para colecistectomía laparoscópica, que en el caso de la paciente cuenta con grandes factores de riesgo mujer con obesidad mayor de 40 tiene mayor riesgo por efecto de los estrógenos. En estos casos el tratamiento es el inicio temprano de antibióticos de amplio espectro y 72 horas posteriores al inicio de sintomatología realizar la colecistectomía ⁽¹⁶⁾, lo que se llama ventana de oro. La cirugía que se programa es una colecistectomía laparoscópica. Posterior a la cirugía paciente se encuentra con leve dolor, se suspenden los antibióticos, inicia tolerancia oral y se da de alta. Dentro las indicaciones de alta se hace hincapié respecto a la dieta que deben cumplir de forma estricta, una dieta que sea sin grasas, un principal causante en la generación de los cálculos en este caso en particular. Tener en cuenta que la etiología de la generación de los cálculos es la pérdida del equilibrio de los componentes de la bilis que son las sales biliares, colesterol y fosfolípidos ⁽¹⁷⁾.

III.4. Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º 1: Diarrea aguda infecciosa

La enfermedad diarreica aguda es una patología de inicio brusco y se caracteriza por heces de consistencia líquida y aumentadas en frecuencia. Diarrea aguda se define como más de 3 deposiciones líquidas en 24 horas de menos de 14 días de evolución.

Es importante que se pregunte las características de las deposiciones, si presenta heces de consistencia disminuida se trata de diarrea aguda acuosa, pero si presenta heces con sangre y moco se trata de una diarrea disintérica. También se debe catalogar el grado de severidad para determinar el manejo inmediato según el Plan A, B o C.

Según la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la EDA en niños. Se evalúa observando el estado de conciencia, ojos, mucosa bucal y lengua, lágrimas y sed ⁽⁹⁾. Se explora el signo del pliegue y Si se encuentran dos o más signos positivos se inicia el plan b de rehidratación. si el paciente se le cataloga como deshidratación grave se utiliza el plan c y el paciente va a estar letárgico o inconsciente con los ojos hundidos y secos mucosas secas llanto sin lágrimas y no va a poder lactar o beber además de tener signo de pliegue positivo.

Las medidas generales y preventivas se debe fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y luego con alimentación complementaria hasta los 2 años además se debe hacer hincapié sobre la limpieza y lavado de manos de agua con jabón antes de preparar los alimentos y antes de ingerirlos. También debemos hablar con la familia sobre la importancia de hervir o clorar el agua antes de consumirla y almacenarla de una manera segura.

El tratamiento para la deshidratación se hace mediante 3 planes, el plan A Se usa para prevenir la deshidratación mientras que el plan B y C se usan para tratar la deshidratación moderada grave o con signos de shock.

Plan A:

Se da considerando si hay niños con alto riesgo de deshidratación que presenta 3 o más vómitos por hora o 10 exposiciones en 24 horas, niños que han estado

en plan B o C y niños que tienen difícil acceso geográfico.

Si es negativo el manejo será domiciliario con 5 reglas: aumentar la ingesta de líquidos, continuar la alimentación habitual o lactancia materna, explicar signos de alarma, administrar Zinc y enseñar medidas higiénico dietéticas para evitar futuros cuadros diarreicos.

Si esto es positivo el manejo será en el establecimiento de salud con sales de rehidratación oral por 2 horas, si tolera y no se deshidrata se envía a casa con 5 reglas.

Plan B:

Se usa para pacientes con signos de deshidratación moderada, se hará dentro del establecimiento de salud con SRO vía oral: 50 a 100 ml/kg en 3 a 4 horas, por sorbos lento y pausado. Se debe continuar la lactancia materna, pero se deben suspender alimentos sólidos en las primeras 4 horas de la terapia de rehidratación. A las 4 horas se hace reevaluación y si hay mejoría clínica se da de alta con plan A, si aún no hay mejoría se mantiene 2 horas en plan B.

Plan C:

Se da en pacientes con deshidratación grave, primero se debe definir si está en estado de shock.

Si no se encuentra en estado de shock con deshidratación grave se da tratamiento endovenoso inmediato con 100ml/kg de solución polielectrolítica. En lactantes menores a 12 meses se inicia con 30ml/kg en una hora y se continua los 70 ml/kg en 5 horas. En caso de niños mayores a 12 meses se inicia con 30ml/kg en media hora y se continua los 70 ml/kg en 2 horas y media. Una vez que el niño tolera vía oral se puede iniciar SRO y continuar lactancia materna.

La hospitalización de niños con diarrea aguda depende de factores como la edad del niño, la gravedad del cuadro y la presencia de complicaciones.

Signos de deshidratación: si el niño presenta síntomas de deshidratación severa, como sequedad mucosa oral, ojos hundidos, disminución de la cantidad de orina o llanto sin lágrimas.

Edad del niño: los niños menores de 6 meses y los bebés prematuros tienen un mayor riesgo de complicaciones.

Comorbilidades: los niños con enfermedades crónicas o debilidad inmunológica pueden requerir hospitalización para tratar complicaciones relacionadas con la diarrea.

Signos de shock: si el niño presenta signos de shock.

Diarrea persistente: si la diarrea del niño persiste durante más de 48 horas o si hay signos de sangre en las heces.

Caso clínico n.º 2: crisis asmática

En el segundo caso clínico de pediatría se tiene un cuadro compatible con una crisis asmática. Se define como una inflamación crónica caracterizada por broncoconstricción con sibilantes. esta respuesta inflamatoria se desencadena por el microclima o macro clima además de alérgenos como polen pelos de mascotas y humo de tabaco.

En esta enfermedad vamos a encontrar una obstrucción bronquial de tipo reversible y una inflamación bronquial. Para el diagnóstico de asma se tienen en cuenta en las manifestaciones clínicas como: tos, sibilancias, sensación de falta de aire o disnea, dolor u opresión de tórax y cansancio. El cuadro clínico se puede exacerbar durante la noche, luego de esfuerzo físico, con infecciones respiratorias hola exposición a neumoalérgenos.

En emergencia se puede utilizar el score de Bierman y Pirson modificado para catalogar la crisis asmática como leve, moderado y severo ⁽²²⁾.

Se puede realizar diagnóstico con una radiografía de tórax anteroposterior y lateral donde podremos encontrar hiperinsuflación, aplanamiento de los diafragmas y engrosamiento peri bronquial. Está placa va a ser útil para hacer diagnóstico diferencial con otras patologías como neumonías atípicas.

La historia clínica forma una parte importante para el diagnóstico porque se debe preguntar sobre antecedentes de atopía en los pacientes. el índice predictivo de asma con criterios mayores y menores puede predecir en un 97% si el paciente puede presentar asma.

El tratamiento de una crisis asmática va a depender de su clasificación,

En caso de una crisis leve se va a utilizar B2 agonista inhalado o B2 agonista nebulizado + corticoides por vía oral. De responder bien a la terapia se da de

alta con inhaladores.

En caso de ser una crisis moderada se administrará B2 agonista inhalado 6 puff por aerocámara o B2 agonista nebulizado cada 20 minutos hasta 3 ciclos, valorar el uso de bromuro de ipratropio y corticoides orales + oxigenoterapia si la saturación es menor a 94 %.

Caso clínico n.º 3: síndrome nefrótico

El síndrome nefrótico es una condición que se da por una enfermedad glomerular que se manifiesta con edema, proteinuria, hipoalbuminemia e hiperlipidemia. Se sabe que se da por una podocitopatía de etiología a determinar, alterando la filtración glomerular.

El mecanismo fisiopatológico principal del edema es el desbalance tubular renal, con retención de sodio y agua en el espacio intersticial.

Se clasifica:

Según la etiología:

- Sd. nefrótico primario: idiopático, genético y congénito
- Sd. nefrótico secundario: a enfermedades sistémicas (Lupus Eritematoso sistémico, púrpura de Henoch Schönlein, artritis reumatoidea, diabetes mellitus y amiloidosis). A enfermedades infecciosas, glomerulonefritis difusa aguda post infecciosa, neoplasias.

Según la respuesta a corticoides en la primera manifestación:

- S. Nefrótico corticosensible: que responde al tratamiento con Prednisona.
- S. Nefrótico corticorresistente: persiste el SN clínico y / o bioquímico pese al tratamiento.

Según perfil evolutivo

- Corticosensible con brote único o recaídas infrecuentes: máximo 2 recaídas en 6 meses o menos de 3 recaídas en un año.
- Corticosensible con recaídas frecuentes: más de dos recaídas en 6 meses o más de tres recaídas en un año.
- Corticodependiente: 2 o más recaídas al bajar la dosis del corticoide o recaída dos semanas después de terminar el tratamiento.
- Corticorresistente tardío: cuando después de una de las recaídas no existe

remisión.

La clínica del SN se inicia con edema palpebral, que se va extendiendo a MMII y puede llegar a región vulvar o escrotal. Ascitis que deja fóvea, derrame pleural, orina espumosa, oscura, hematuria microscópica y oliguria.

El análisis laboratorial debe incluir batería de exámenes para desfocalizar al paciente de un proceso infeccioso. Hemograma, examen de orina, proteinuria de 24 horas, urocultivo, hemocultivo, coprocultivo, parasitológico en heces, Rx de tórax. Además, se puede solicitar PPD, Rx de senos paranasales, serológicos y actualmente descarte de COVID 19.

El tratamiento incluye medidas higiénico-dietéticas como dieta de clorurada, tratamiento con antiuréticos como:

Furosemina: 2- 3 mg/kg de peso

Espironolactona: 1- 2 mg/kg peso

Hidroclorotiazida: 1-2 mg/kg de peso

Moduretic: 1-3 mg/kg de peso

En caso de anasarca se debe administrar albúmina humana al 20% a 0.5-1mg/kg y se pasa en 3-4horas, seguido de 4mg/kg de furosemina media hora después de la albúmina.

El tratamiento de SN por cambios mínimos es la etiología más común el tratamiento con corticoides se hace con Prednisona 60mg/m²/hora por 4-6 semana o Prednisona 40mg/m²/ inter diario por 4 -6 semanas.

Dependiendo de la respuesta al tratamiento de corticoides se puede clasificar.

La biopsia renal solo se solicita en casos de menores de 2 años, hematuria macroscópica, hematuria + hipertensión arterial, hipocomplementemia, injuria renal aguda, Sd. nefrótico corticorresistente o recaedor frecuente y corticodependiente que no responden a ciclofosfamida + prednisona.

Caso clínico n.º 4: convulsión febril + MEC bacteriana

En el cuarto caso clínico se tiene a un paciente que ha presentado una convulsión febril a consecuencia de una meningoencefalitis bacteriana confirmada por cultivo de LCR.

Las convulsiones febriles son cuadros aparatosos que aparecen en lactantes mayores a 1 mes y menores a 5 años. Se define como una crisis convulsiva generalizada que dura menos de 15 minutos, durante el pico febril. Estas convulsiones conllevan a un bajo riesgo de desarrollar epilepsia, pero aumentan el riesgo en un 33 % de volver a presentar una convulsión febril en un siguiente pico de temperatura. Al contrario que la epilepsia, en este cuadro no habrá cambios en el EEG ⁽²⁰⁾.

Es importante definir una convulsión febril compleja, que se caracteriza por presentar una crisis convulsiva parcial de más de 15 minutos de duración o 2 o más crisis en 24 horas.

Las medidas generales en una crisis convulsiva es mantener vía aérea permeable, en posición de seguridad (de cubito lateral), retirar cuerpos extraños de la boca y colocación de tubo de Guedel. Proteger al paciente de potenciales riesgos para evitar lesiones, valorar el uso de oxígeno, canalizar una vía periférica, elegir el medicamento y dosis según el peso del paciente, monitorizar funciones vitales.

De iniciar una crisis convulsiva se puede administrar:

Lorazepam 0.1 - 2 mg/kg EV, de continuar convulsión se rota a fenitoína 20-50 mg/kg EV, de continuar convulsión se da 5 –10 mg/kg adicionales, si no cede el cuadro se administra fenobarbital 10 mg/kg EV, si continúa cuadro se agregan de 5-10 mg/kg adicionales. Por último, se puede anestesiarse con midazolam, propofol o pentobarbital y paciente debe estar en UCI.

Sobre la meningitis bacteriana se define como un proceso inflamatorio del espacio subaracnoideo y piamadre. Es una infección grave, de etiología bacteriana con mayor frecuencia, pero la sospecha siempre dependerá de la edad, estado inmunitario y enfermedad de base ⁽²¹⁾.

Etiología en grupo etario del paciente presentado es común: *Streptococo grupo B*, *Echerichia coli*, *Listeria*, *Streptococo neumoniae*, *Neiseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae*.

La MEC usualmente se da lugar luego de una infección respiratoria alta, las bacterias colonizan nasofaringe y viajan a través de la membrana epitelial e ingresan a espacio intravascular, para luego invadir los plexos coroideos o microvasculatura cerebral.

El cuadro clínico en niños puede ser inespecífico y varía según la edad, en lactantes se presenta fiebre, vómitos explosivos, alteración del sensorio, llanto inconsolable, irritabilidad marcada, convulsiones. Los signos meníngeos tales como rigidez de nuca o signo de Kerning se presentan después de los 18 meses.

Para el diagnóstico se hace una punción lumbar para extraer LCR y verificar sus características. En caso de una MEC bacteriana presentara leucocitos entre 1000 a 10 000 a predominio de PMN, más del 70% de neutrófilos, hematíes más de 10 por campo, glucosa menor a 30 y proteína aumentada. En el estudio Gram se pueden identificar diplococos, cocobacilos, bacilos o cocos en cadena Gram positivos.

El tratamiento incluye medidas generales como:

Monitorización de funciones vitales, diuresis, nivel de conciencia, signos de focalización.

Medio interno: no se debe hacer restricción de líquidos

Control de temperatura

Control de glicemia.

Control de convulsiones.

Uso adecuado de antibióticos.

Las complicaciones asociadas a la MEC incluyen edema cerebral, infarto cerebral por tromboflebitis, arteritis, ventriculitis, trombosis del seno cavernoso. Empiema subdural, convulsiones, epilepsia, hidrocefalia, pérdida de audición, parálisis de nervios craneales y discapacidad intelectual.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico 2022 se realizó sin inconvenientes, lleno de experiencias enriquecedoras en el campo de medicina humana, asistíamos diario de lunes a domingo con un horario dependiente a los pendientes del día. Gracias al levantamiento de medidas sanitarias pudimos llevar todas las rotaciones como se hacía en años anteriores a la pandemia, logramos aprender sobre los casos que se nos presentaban, conocer a nuestros pacientes y tener todo listo para el pase de visita.

No ha sido solo una etapa de aprendizaje teórico-práctico, sino también de crecimiento personal y nos ha ayudado al desarrollo de habilidades blandas para la relación médico-paciente y con nuestros compañeros de trabajo. Hemos aprendido a manejar momentos de alto estrés como una gestante múltipara que llega en fase expulsiva, así como momentos de tranquilidad al darle de alta a nuestros pacientes. También hemos aprendido a trabajar en equipo para que los pendientes se cumplan y todo por el bienestar de los pacientes.

Dentro de las dificultades experimentadas tenemos que luego de 2 años de virtualidad completa algunos presentamos cansancio y desarreglos en nuestros horarios, además de situaciones completamente nuevas para nosotros por no haber asistido a hospitales a practicar antes de la pandemia. Con esfuerzo fuimos aprendiendo sobre el manejo administrativo y médico y poco a poco acostumbrándonos a la vida de interno, que extrañaremos cuando esta experiencia acabe.

Otra dificultad que se resalta es que al momento que el internado fue reducido a 10 meses nuestras rotaciones también fueron reducidas en tiempo y en especialidades, por lo que solo se podía rotar en una o dos especialidades o áreas dentro de las especialidades. Esta dificultad se pudo ir resolviendo con la constancia del interno para quedarse a ver procedimientos extra o buscar que los doctores nos enseñen.

CONCLUSIONES

La etapa del internado médico es una experiencia única y fundamental en la formación del futuro médico. Se lleva a cabo en el último año y se pone en práctica todo lo aprendido. Tiene una duración de 12 meses y se realiza en hospitales de tercer nivel. Sin embargo, el internado 2022/2023 se vio afectado por la emergencia sanitaria por la pandemia de la COVID-19, acortándose el tiempo a 10 meses. Se llevó a cabo en más de un establecimiento de salud, en nuestro caso en hospitales de alta resolución y del primer nivel de atención.

Durante el internado, el estudiante tiene contacto directo con el paciente, sus familiares y todo el equipo hospitalario, como médicos asistentes, residentes, enfermeros, tecnólogos médicos, etc. Y se aprende a trabajar en equipo por un bien final, que es la mejoría y alta del paciente.

En estos 10 meses también se lleva a cabo actividades académicas, como resolución de casos clínicos por segmento con docentes de la universidad, y exposiciones con los tutores asignados por la universidad en las diferentes sedes hospitalarias. Los tutores tienen un papel importante en el desarrollo del estudiante por la cercanía que se tiene con nosotros en el establecimiento.

Al tener experiencias en diferentes hospitales y además en diferentes sistemas de salud, se observa grandes brechas a nivel del sistema operativo de los hospitales enlenteciendo el poder actuar oportunamente.

Finalmente se entiende al internado médico como una etapa netamente de aprendizaje y crecimiento profesional y personal que forma el carácter y desempeño de los nuevos médicos.

RECOMENDACIONES

Nuestra recomendación personal a los nuevos internos es siempre asistir con proactividad a sus prácticas en los hospitales, para ganarse la confianza de los médicos asistentes y residentes y así realizar procedimientos que serán de mucha ayuda en su carrera profesional.

Recomendarles también aprovechar las sesiones teóricas con los docentes y correlación con los casos clínicos que lleguen a sus servicios. La experiencia con el paciente no se reemplaza con libros o videos tutoriales.

Tener cuenta que cada paciente es un mundo nuevo, y es recomendable después de terminar un caso clínico repasar el tema de la enfermedad que presentó y así poder afianzar los conocimientos, mejorando el actuar en casos futuros con pacientes que tengan un cuadro clínico parecido.

Aprovechar la presencia de los tutores en las sedes hospitalarias para el repaso del caso clínico con su experiencia profesional y resolver hasta la más mínima duda en un espacio seguro de aprendizaje.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de miomatosis uterina [Internet]. Lima-Perú: Hospital Cayetano Heredia; 2019 [citado el 28 de marzo del 2023]. Disponible en: https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2019/rd/RD_388-2019-HCH-DG.pdf
2. Hernández-Valencia M, Valerio-Castro E, Tercero-Valdez-Zúñiga CL, Barrón-Vallejo J, Luna-Rojas RM, Hernández-Valencia M, et al. Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. Ginecología y obstetricia de México [Internet]. 2017 [citado el 30 de marzo de 2023];85(9):611–33. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0300-90412017000900611&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología [Internet]. Lima-Perú: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2018 [citado el 28 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
4. Yalda Lucero A. Etiología y manejo de la gastroenteritis aguda infecciosa en niños y adultos. Rev Med Clin Condes [Internet]. el 1 de mayo de 2014 [citado el 31 de marzo de 2023];25(3):463–72. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-etilogia-manejo-gastroenteritis-aguda-infecciosa-S071686401470063X>
5. Acute complicated urinary tract infection (including pyelonephritis) in adults - UpToDate [Internet]. [citado el 30 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-complicated-urinary-tract-infection-including-pyelonephritis-in-adults?search=infecci%C3%B3n%20de%20tracto%20urinario%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
6. Rondon-Berrios H. Avances en la fisiopatología del edema en el síndrome nefrótico. Nefrología (Madrid) [Internet]. 2011 [citado el 30 de marzo de 2023];31(2):148–54. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-69952011000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Absceso perianal | Causas, síntomas y tratamiento | CUN [Internet]. [citado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/absceso-perianal>

8. García Ramiro S, Segur Vilalta JM, Vilalta Bou C. Gonartrosis. Med Integr [Internet]. el 30 de julio de 2002 [citado el 31 de marzo de 2023];40(3):98–107. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-gonartrosis-13036143>
9. Guías de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño [Internet]. Lima-Perú: Ministerio de Salud del Perú; 2018 [citado el 28 de marzo del 2023]. Disponible en: file:///C:/Users/Valeria%20Philco/Downloads/GPC%20EDA%20-%20RM_N%C2%B0_755-2017-MINSA%2005-09-17.pdf
10. Velasco R. Triángulo de Evaluación Pediátrica. Pediatría Integr [Internet]. 2014 [citado 31 de marzo del 2023]; XVIII(4):320–3. Available from: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-06/triangulo-de-evaluacion-pediatrica/>
11. Especialidades ET de la SU de AIEP y S. Guía de Práctica Clínica de Epilepsia [Internet]. INSN. 2017 [citado 31 de marzo del 2023]. Available from: <https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2020/RDn.°000234-2020-DG-insnsbepilepsiaenpediatriav02.pdf>
12. Gainant A, Fredon F. Cirugía de las eventraciones de la pared abdominal. EMC - Técnicas Quirúrgicas - Aparato Digestivo. 1 de febrero de 2014;30(1):1-22.
13. Abraham Arap JF, García Sierra JC. Hernia incisional: definición, diferencia con la evisceración, clasificación, diagnóstico positivo y diferencial, profilaxis y tratamiento. Revista Cubana de Cirugía. septiembre de 2011;50(3):388-400.
14. Herrera Gómez A. El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. Index de Enfermería. junio de 2013;22(1-2):79-82.
15. Lucchini Raies C, Márquez Doren F, Uribe Torres C. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. Index de Enfermería. diciembre de 2012;21(4):209-13.
16. Gómez Ayala AE. Litiasis biliar. Actualización. Farmacia Profesional. 1 de noviembre de 2007;21(10):48-54.
17. Guzmán Calderón E, Carrera-Acosta L, Aranzabal Durand S, Espinoza Rivera S, Trujillo Loli Y, Cruzalegui Gómez R, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la colelitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis en el Seguro Social del Perú (EsSalud). Revista de Gastroenterología del Perú. enero de 2022;42(1):58-69.

18. Maisonneuve N, Binaut R, Vanhille P. Síndrome nefrótico. EMC - Tratado de Medicina. 1 de enero de 2004;8(3):1-5.
19. Moreno de Flagge N. Crisis febriles simples y complejas, epilepsia generalizada con crisis febriles plus, FIRES y nuevos síndromes. Medicina (Buenos Aires). septiembre de 2013; 73:63-70.
20. García Ron A, Arriola Pereda G. Convulsiones febriles. Protoc diagn ter pediatr. 2022; 1:379-385
21. Téllez González C, Reyes Domínguez S, Sanchíz Cárdenas S, Collado Caparrós JF. Meningitis bacteriana aguda. Protoc diagn ter pediatr. 2021; 1:611-25
22. Paniagua Calzón N, Benito Fernández J. Diagnóstico y tratamiento de la crisis asmática en Urgencias. Protoc diagn ter pediatr. 2020;1:49-61
23. Andrés Wurgaft K. Infecciones del tracto urinario. Rev Med Clin Condes. 1 de julio de 2010;21(4):629-33.