



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO DE MEDICINA HUMANA EN
EL HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

GONZALO ALONSO DÍAZ RAMOS

JULIO EFRAIN DIAZ MOSQUERA

ASESOR

JONATHAN TARAZONA DULCE

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 EN EL INTERNADO DE MEDICINA HUMANA EN EL
HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

GONZALO ALONSO DÍAZ RAMOS

JULIO EFRAIN DIAZ MOSQUERA

ASESOR

Dr. JONATHAN TARAZONA DULCE

LIMA – PERÚ

2023

JURADO

Dr. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE

Dr. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

A mis padres, Díaz Hinostrroza, Germán y Ramos Cabrera, Emma, a quienes dedico el siguiente trabajo con mucho amor y agradecimiento por la oportunidad de estudiar esta maravillosa carrera y por todo el esfuerzo y sacrificio que hicieron para que yo pudiera ser un profesional; por todas esas palabras de soporte y gran confianza que depositaron en mí. Sin ellos, nada de esto hubiese sido posible.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres quienes día a día me alentaron para seguir en este camino, por su apoyo incondicional y brindarme su fortaleza en cada obstáculo que se presentaba en el camino, a mis hermanos por sus palabras de aliento en todo momento, a mis abuelos maternos por su cariño en el internado, y para mi abuela paterna que esta en el cielo, todo este esfuerzo y logros son para ellos.

INDICE

PORTADA	1
JURADO	2
DEDICATORIA	¡Error! Marcador no definido.
ÍNDICE	3
RESUMEN	6
ABSTRACT	8
INTRODUCCION	11
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	12
I.1. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA	12
I.2. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA	15
I.3. ROTACIÓN DE CIRUGÍA	17
I.4. ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA	19
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	22
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	24
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	32
CONCLUSIONES	34
RECOMENDACIONES	35
ANEXOS	36
FUENTES DE INFORMACIÓN	37

RESUMEN

El consiguiente trabajo de suficiencia profesional fue realizado por dos internos de medicina de la Universidad San Martín de Porres, apoyándose en las vivencias obtenidas en el Hospital de apoyo Víctor Ramos Guardia en 10 meses de internado en las rotaciones de medicina interna, ginecología-obstetricia, pediatría y cirugía.

La finalidad fundamental del trabajo es brindar una presentación de casos clínicos verificados en las 4 grandes especialidades. Se efectúa un análisis del caso clínico haciendo hincapié en el tratamiento, además de narrar la experiencia y manejo médico del interno y del médico asistente a cargo.

En el área de medicina interna se describen los casos: Paciente varón de 64 años con diagnóstico de ingreso de Hiperglicemia, Diabetes Mellitus tipo II y Cetoacidosis diabética con diagnóstico final de cetoacidosis diabética; segundo caso: Paciente varón de 42 años con diagnóstico inicial de síndrome doloroso abdominal, a descartar pancreatitis aguda, y diagnóstico final de pancreatitis aguda. En el área de pediatría: Primer caso de un paciente varón de 18 meses de nacido con diagnóstico de inicio de SOBA y diagnóstico final de SOBA y NAC, segundo caso de paciente varón de 3 años con diagnóstico de ingreso de enfermedad diarreica aguda y diagnóstico final de enfermedad diarreica aguda con signos de deshidratación moderada.

En el área de cirugía se describe una paciente de 32 años con diagnóstico inicial colecistitis aguda y diagnóstico final de colecistitis aguda moderada calculosa, y en el segundo caso de un paciente varón de 56 años con diagnóstico de ingreso de dolor abdominal a descartar apendicitis aguda y diagnóstico final de apendicitis aguda. Por último, en el área de ginecología y obstetricia encontramos los casos; paciente de 34 años con diagnóstico de ingreso gestante de 30 semana con rotura prematura de membranas (RPM) y con diagnóstico final de RPM pretérmino, y una gestante de 29 años con diagnóstico inicial de gestación de 37 semanas con ruptura prematura de membranas con diagnóstico final de RPM más tabique vaginal rechazable vertical.

Objetivo: Describir las experiencias adquiridas durante el internado de medicina humana en el Hospital de apoyo Víctor Ramos guardia, por dos internos de medicina, de la Universidad de San Martín de Porres en el periodo de junio de 2022 a marzo de 2023.

Metodología: Compilar información obtenida de medicina basada en evidencias y experiencias de manejo médico.

Conclusiones: La realización del internado de medicina es una etapa importante en el desarrollo y formación para el futuro profesional de la salud. Se encontraron casos interesantes y raros en el centro de salud a pesar de no estar en Lima, concluyendo que no solo en Lima se pueden manejar casos complejos. A pesar de la coyuntura causada por el COVID-19 y el contexto fuera de la ciudad de Lima, se pudo llevar a cabo un internado satisfactorio y con experiencias gratas, aprendiendo y plasmando el conocimiento adquirido en las 4 grandes especialidades. La etapa del internado debe ser examinada y ser transformada en la mejor experiencia de aprendizaje para la carrera profesional.

Palabras clave: Internado médico, Cirugía general, Medicina interna, Ginecología-obstetricia, Pediatría.

ABSTRACT

The consequent work of professional sufficiency was carried out by two medical interns from the San Martin de Porres University, based on the experiences obtained at the Víctor Ramos Guardia Support Hospital in 10 months of internship in the rotations of internal medicine, gynecology-obstetrics, pediatrics, and surgery.

The fundamental purpose of the work is to provide a presentation of verified clinical cases in the 4 major specialties. An analysis of the clinical case is carried out emphasizing the treatment, in addition to narrating the experience and medical management of the inmate and the attending physician in charge.

In the area of internal medicine, the cases are described: 64-year-old male patient with an admission diagnosis of Hyperglycemia, Type II Diabetes Mellitus and Diabetic Ketoacidosis with final diagnosis of diabetic ketoacidosis; Second case: A 42-year-old male patient with an initial diagnosis of abdominal pain syndrome, to rule out acute pancreatitis, and a final diagnosis of acute pancreatitis. In the pediatric area: First case of an 18-month-old male patient with an initial diagnosis of SOBA and final diagnosis of SOBA and CAP, second case of a 3-year-old male patient with an admission diagnosis of acute diarrheal disease and final diagnosis of acute diarrheal illness with signs of moderate dehydration.

In the surgery area, a 32-year-old patient with an initial diagnosis of acute cholecystitis and a final diagnosis of moderate acute calculous cholecystitis is described, and in the second case a 56-year-old male patient with an admission diagnosis of abdominal pain to rule out acute appendicitis. and Final diagnosis of acute appendicitis. Finally, in the area of gynecology and obstetrics we find the cases; A 34-year-old patient with a diagnosis of 30-week pregnant admission with premature rupture of membranes (PROM) and with a final diagnosis of preterm PROM, and a 29 year old pregnant woman with an initial diagnosis of a 37-week gestation with premature rupture of membranes with a final diagnosis. RPM plus vertical rejectable vaginal septum.

Objective: To describe the experiences acquired during the human medicine internship at the Víctor Ramos Guardia Support Hospital, by two medicine interns, from the University of San Martín de Porres in the period from June 2022 to March 2023.

Methodology: Compile information obtained from evidence-based medicine and medical management experiences.

Conclusions: Completing a medical internship is an important stage in the development and training of future health professionals. Interesting and rare cases were found in the health center despite not being in Lima, concluding that not only in Lima can complex cases be handled. Despite the situation caused by COVID-19 and the context outside the city of Lima, it was possible to carry out a satisfactory internship with pleasant experiences, learning and capturing the knowledge acquired in the 4 major specialties. The internship stage must be examined and transformed into the best learning experience for the professional career.

Key words: Medical internship, General surgery, Internal medicine, Gynecology-obstetrics, Pediatrics.

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA EN EL INTERNADO DE MEDICINA HUMANA EN EL HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA 2022-2023

AUTOR

GONZALO ALONSO DÍAZ RAMOS

RECuento DE PALABRAS

8001 Words

RECuento DE CARACTERES

43427 Characters

RECuento DE PÁGINAS

37 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

231.5KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 20, 2023 5:34 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 20, 2023 5:35 PM GMT-5

● **20% de similitud general**

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

- 20% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



Dr. Jonathan Irvin Tarrazona Dulce
ASESOR

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-3537-5328>

INTRODUCCION

La finalidad del Trabajo de Suficiencia Profesional (TSP) es el de poder plasmar las experiencias obtenidas en toda la trayectoria del internado médico realizado en el Hospital de Apoyo Víctor Ramos Guardia (HVRG) y el Centro de Salud Palmira, llevado a cabo en el periodo de junio de 2022 hasta el mes de marzo de 2023

Todos los años, miles de estudiantes acuden a diversos establecimientos de salud en todo el país para poder realizar las respectivas prácticas preprofesionales para poder plasmar, fijar y adquirir conocimientos a lo largo de todo el año académico; además que es un requisito indispensable para poder culminar la carrera y conseguir el título profesional(1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó una enfermedad infecciosa reciente el día 31 de diciembre de 2019 que atacaba la vía aérea con causas no conocidas. El 11 de febrero la enfermedad es bautizada como COVID-19.

La aparición de la enfermedad en el Perú fue constatada el día 6 de marzo de 2020 por lo que se activó en el Perú un plan nacional para poder reforzar los sistemas de vigilancia, control y respuesta.

El internado médico se realiza en un periodo de un año entero; sin embargo, debido a la emergencia sanitaria presentada en el Perú el internado se realiza en 10 meses, dividiéndose en 5 meses en hospital y los 5 restantes en un centro de salud.

El Hospital Víctor Ramos Guardia es un establecimiento de salud de categoría II-2, ubicado en la ciudad de Huaraz, el cual brinda atención en servicios especializados de salud, a la población local y regional del departamento de Ancash. Tiene a su disposición las 4 grandes especialidades por las cuales el interno de medicina tiene que rotar el siguiente año las cuales son medicina interna, cirugía, pediatría y ginecología-obstetricia.

La inducción al internado fue el día 3 de mayo de 2022, donde nos mostraron las áreas de trabajo, nos hablaron de bioseguridad y nos brindaron una charla sobre bioseguridad; y las actividades empezaron el 1 de junio en el servicio de medicina interna.

Lo que buscan los reportes de casos clínicos realizados en el siguiente trabajo es dar a conocer las experiencias y vivencias obtenidas en el hospital y centro de salud donde se llevó a cabo el internado médico en el contexto de una pandemia la cual iba disminuyendo en frecuencia de casos conforme pasaban los meses.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

I.1. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

CASO CLÍNICO N° 1

Paciente varón de 64 años acude al servicio de emergencia acompañado de su hijo el cual refiere que hace aproximadamente 8 horas presenta malestar general, resequedad de boca, cefalea y mareos asociados a sensación nauseosa, por lo que acude al hospital. No refirió antecedentes de importancia. Niega alergia medicamentosa y antecedentes patológicos.

El paciente fue atendido por el médico de turno y el interno de medicina, donde se hallaron las subsecuentes funciones vitales FC: 89x', FR: 24x', SatO₂: 92%, Peso: 83kg, T: 36.4°. Al examen regional: Piel: T/H/E, llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez; Pulmones: amplexación conservada, MV pasa bien en AHT, no ruidos agregados; CV: RCR de buena intensidad, no soplos; Abdomen: RHA (+/++), ligeramente globuloso, no dolor a la palpación; SNC: OTEP, Glasgow: 15/15.

Se solicitaron los siguientes exámenes de laboratorio: AGA, hemograma completo. Los resultados de laboratorio dieron valores de pH: 7.15, glucosa: 533, bicarbonato: 5.6, potasio: 4.0 y cuerpos cetónicos en orina.

Se plantean los siguientes diagnósticos: Hiperglicemia, Diabetes Mellitus tipo II, Cetoacidosis Diabética.

El plan médico en la emergencia fue de Hidratación, corrección de electrolitos séricos y administración de insulina. Se indicó NaCl 0.9% 1000cc, ClK 20% 1 ampolla, Bicarbonato de Sodio 1 ampolla, Insulina R, 100 UI (10cc), Bicarbonato de Sodio 8.4% 13 ampollas, Omeprazol 40g, Metoclopramida 10g, hemoglucotest c/ 4 horas, AGA c/ 8 horas. Se hospitalizó al paciente para seguimiento en los siguientes días.

Paciente continuó hospitalizado 3 días hemodinamicamente estable, con una evolución clínica favorable. Se cita a paciente a controles en consultorio externo por presentar un debut de diabetes mellitus.

CASO CLÍNICO N° 2

Paciente varón de 42 años ingresa al servicio de emergencia del hospital refiriendo dolor abdominal de 24 horas de evolución, localizado en epigastrio e irradiado en cinturón hacia región dorsal y lumbar, asociado a náuseas y vómitos. Niega apetito y sensación de alza térmica. Paciente agrega que es la tercera oportunidad que siente esos dolores, pero fueron menos intensos y no les prestó atención.

Como antecedentes el paciente refiere que no es alérgico a medicamentos, no tuvo cirugías, y no sufre de alguna enfermedad, familiares refieren que toma licor de 3 a 4 veces por semana en reuniones de trabajo con sus amistades.

Al examen físico:

Las funciones vitales fueron: FC: 79/min FR: 25/min T: 37°C PA: 120/85 mmHg SATO2: 92 %

Paciente quejumbroso, regular estado de nutrición e hidratación, ventilando espontáneamente.

Piel: normo térmica, llenado capilar menor a 2 segundos, no ictericia, mucosas hidratadas. Tórax: Buen pasaje del murmullo vesicular en ambos campos pulmonares,

sin ruidos agregados. Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, buena intensidad, sin la presencia de soplos. Abdomen: Blando, distendido, Ruidos hidroaéreos disminuidos en intensidad y frecuencia doloroso a la palpación superficial y profunda a predominio de epigastrio, no presencia de masas. SNC: orientado en tiempo, espacio y persona, EG 15/15 puntos.

Se solicitaron exámenes auxiliares encontrándose: Leucocitos: 14000 x mm³, Abastionados: 7%, Bilirrubinas Totales: 3, Bilirrubina Directa: 2.1, Glucosa: 172, Amilasa: 214 U/L, Lipasa: 967

Se le pidió una tomografía abdominal con resultados: Páncreas de aspecto heterogéneo aumentado de volumen con alteración de la densidad en los planos grasos adyacentes. Vías biliares no dilatadas.

El paciente fue hospitalizado en observación con diagnóstico de pancreatitis aguda de etiología presuntamente alcohólica y alcohólico crónica.

El plan inicial de trabajo fue suspender la vía oral; hidratación con NaCl 500 cc a chorro, luego a 40 gotas x minuto; metamizol 2g EV cada 8 horas; omeprazol 40mg EV cada 24 horas, dejándolo en observación 48 horas.

Al día siguiente en el pase de visita persona de enfermería refiere que el paciente paso la noche tranquilo, pero que al despertar estaba intranquilo, quería irse y comenzó a llamar a sus familiares para que les traigan comida. Familiares comentaron que el paciente les comenzó a pedir algo de tomar por que tenía mucha sed.

Al interrogatorio con el paciente refiere que el dolor es menos intenso, pero que tiene hambre y mucha sed, se le explico al paciente cuales eran las indicaciones de su tratamiento. Paciente en horas de la tarde decide firmar su retiro voluntario por motivos que no le dejan comer, se le explica el diagnostico de su enfermedad, pero aun así decide retirarse.

I.2. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

CASO CLÍNICO N° 1

Madre acude a emergencia acompañada de su menor hijo de 18 meses de nacido, donde refiere que hace aproximadamente 2 semanas presenta tos asociada a sensación de alza térmica e irritabilidad. Acude a centro de salud de Vicos donde le prescriben paracetamol (9 gotas); debido a que el alza térmica no cedió, es llevada al hospital presentando además dificultad respiratoria. Madre niega antecedentes de importancia.

Se examinó al menor encontrándose las siguientes funciones vitales: FC: 127x', FR: 43x', T: 37.5°C, SatO₂: 80%, SatO₂: 98% con oxígeno.

Al examen físico: Piel y mucosas: T/H/E, llenado capilar menor a dos segundos, palidez (++/+++), ictericia (-), mucosa oral semihidratada. TyP: MV pasa disminuido en AHT con presencia de sibilantes a la inspiración, tirajes intercostales. CV: RCR de buena intensidad, no soplos. Abdomen: Globuloso, RHA (+), B/D, no visceromegalias. SNC: Activo, reactivo a estímulos externos.

Inmediatamente se le pone oxígeno al paciente subiendo su saturación de oxígeno a 98% y a continuación se le pide al paciente: Hemograma completo, AGA y una radiografía de tórax.

Se obtienen los siguientes diagnósticos presuntivos: SOBA, d/c NAC

En la radiografía se logra observar infiltrados en ambos campos pulmonares.

Las indicaciones del paciente fueron: NPO, O₂ por CBN para mantener saturación de oxígeno mayor a 90%, nebulización con salbutamol a 4 gotas en 4 cc de suero fisiológico cada 4 horas, Dextrosa 5%, NaCl 0.9%, ClK 20%, ceftriaxona 300 mg EV c/12 horas, dexametasona 0.8 mg EV C/6 horas y se hospitaliza.

Al quinto día de hospitalización se da de alta al menor en condiciones estables y una evolución clínica favorable.

CASO CLÍNICO N° 2

Ingresa a emergencia una madre con su menor hijo de 3 años quien refiere que presenta desde hace 4 días deposiciones líquidas de consistencia acuosa sin moco sin sangre, 6 veces al día. Además, comenta que su hija cursa con fiebre, la última vez estaba en 38.5°C tratado con paracetamol y medios físicos, como antecedentes niega alergias ni enfermedades.

Al examen físico: paciente en aparente regular estado, ventila espontáneamente, FR: 20x', FC: 110x', Sato2: 98%, T°: 37.9°C

Piel y mucosas: Tibia, elástica, poco hidratada, palidez (-), ictericia (-), ojos sin lágrimas, signo del pliegue desaparece lentamente, mucosa oral seca.

TyP: murmullo vesicular se ausculta bien en ambos hemitórax.

Ap. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos.

Abdomen: blando, depresible, RHA aumentados en cantidad e intensidad.

SNC: alerta, conectado con la madre.

Paciente es diagnosticado como enfermedad diarreica aguda con signos de deshidratación moderada.

Medico de turno decide iniciar plan de rehidratación vía oral con suero a libre demanda, quedando el menor en observación para ver si tolera, con indicación de la reevaluación a las 4 horas.

I.3. ROTACIÓN DE CIRUGÍA

CASO CLÍNICO N° 1

Paciente mujer de 32 años ingresa por emergencia con tres días de enfermedad, refiere dolor en hipocondrio derecho y epigastrio sin irradiación, además de náuseas y sensación de alza térmica.

Al examen físico:

FC: 96/min FR: 24/min T°: 38,7 °C PA: 100/70 mmHg

Despierta, quejumbrosa

Pie No ictericia

Tórax: Buen pasaje del murmullo vesicular en ambos hemitórax; ruidos cardíacos rítmicos, regulares, buena intensidad

Abdomen: Globuloso, blando, depresible, Ruidos hidroaéreos presentes. No se palpan masas. Murphy positivo

Se solicitaron exámenes auxiliares encontrándose:

Leucocitos: 18 300/mm³ Abastionados: 4%

Ecografía abdominal: Vesícula biliar de 83 x 44 mm con paredes engrosadas 6mm, imágenes hiperecogénicas en su interior las cuales dejan sombra acústica. Colédoco de 4 mm.

Se diagnosticó como colecistitis aguda moderada ingresando a cirugía de emergencia previa hidratación y administración de antibióticos: ceftriaxona y metronidazol, en los hallazgos operatorios se describe vesícula biliar gangrenada, no plastronada, con múltiples cálculos en su interior, conducto cístico no dilatado, no líquido libre en cavidad abdominal.

Paciente fue dada de alta a los dos días de la intervención quirúrgica, tolerando la vía oral y sin interurrencias.

CASO CLÍNICO N° 2

Se describe el caso de un paciente varón de 56 años, refiere que hace aproximadamente 1 día presenta dolor intenso en epigastrio que posterior a ello migra a fosa iliaca derecha de intensidad 8/10 en escala de EVA del dolor, que no cede a cambio de postura. Comenta que además cursa con náuseas y vómitos, sensación de alza terminar, y no tiene apetito.

Como antecedentes el paciente refiere que no es alérgico a medicamentos, no sufre de enfermedades, no tiene operaciones pasadas. Su hija refiere que su papá come a deshoras, siempre compra comida chatarra.

Paciente con funciones vitales PA: 90/50 mmHg, FC: 104x', FR: 24x', T: 38.3

Al examen físico: AREG, AREN, AREH, ventilando espontáneamente.

Piel y mucosas: Tibia/Hidratada/Elastica. Llenado capilar menor a 2 segundos. No palidez. No ictericia, mucosas hidratadas. TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares no ruidos agregados. CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos Abd: Plano. RHA (+) en todos los cuadrantes. Blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha. McBurney (+), Rovsing (+), Rebote (+), Dunphy (+) SNC: Paciente orientado en tiempo, espacio persona, Glasgow 15/15.

Como plan se le solicita: exámenes de laboratorio (hemograma completo, PCR), ecografía abdominal completa y pase a hospitalización. De terapéutica se indica paciente en NPO, Ceftriaxona 2gr EV C/24 H, Metronidazol 500mg EV C/8 H, Metamizol 2gr EV C/8 H.

Con resultados de Hemograma: Leucocitosis 13.000 x campos, abastados 5 %. Se reevalúa al paciente y se plantea los siguientes diagnósticos:

- Síndrome doloroso abdominal
- Apendicitis Aguda.

Se reevalúa a paciente a las 4 horas donde indica que el dolor es de similar intensidad, presento 1 episodio de vomito, aun no se cuenta con resultados de ecografía. Medico de turno decide programar SOP, quedando a la espera del llamado para ingresar a sala.

I.4. ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

CASO CLÍNICO N° 1

Paciente de 34 años con una edad gestacional de 30 semanas 5/7 por fecha de ultima regla, refiere que hace aproximadamente 6 horas presenta dolor tipo contracción uterina cada 20 minutos con 30 segundos de intensidad, asociado a pérdida de líquido amniótico claro y sin mal olor; percibe movimientos fetales y niega sangrado vaginal.

Niega Antecedentes de importancia

PA: 105/45 mmHg FC: 66x FR: 20x SatO2: 90% T: 36.9o C

Examen físico

Abdomen: Globuloso a expensas de panículo adiposo. Útero grávido ocupado por feto vivo. AU: 30 cm SPP: LCI LCF: 150x DU: 1/10min MF: ++

Genitales externos: Maniobra de Valsalva (+) Pérdida de líquido claro. Sangrado vaginal (-)

Tacto vaginal: Dehiscente a 1 dedo AP: -3 Pelvis: Ginecoide MO: Rotas

La impresión diagnóstica fue de RPM (6 horas) y embarazo pretérmino por lo que se inicia antibioticoterapia profiláctica con Ampicilina 2g EV c/6 horas, Eritromicina 250mg vo c/6 horas, Betametasona 12mg IM c/24H 2 dosis

NEUROPROTECCION:

NaCl 50cc pasar en volutrol a 40cc/h en 20 min y luego 20cc/h

Mgso4 20% 5 ampollas

TOCOLISIS: 20MG C/20min x 3 dosis luego 10 mg c/6h

Sonda Foley permeable, control de diuresis

Vigilar signos de intoxicación por mgso4

vigilar signos de corioamnionitis

Se realiza referencia por conducto regular a hospital de mayor complejidad sin respuesta alguna.

Al cuarto día de hospitalización se programa cesárea de emergencia al presentar dolor abdominal y sangrado vaginal rojo rutilante lo que genera sospecha de desprendimiento de placenta.

Al séptimo día la paciente refiere estar tranquila, niega molestias y la herida operatoria se encontró afrontada sin signos de flogosis por lo que se le da de alta a la paciente en condiciones estables.

CASO CLÍNICO N° 2

Paciente gestante de 29 años ingresa al servicio de emergencia de ginecología por presentar dolores tipo contracción y pérdida de líquido amniótico desde hace más o menos 12 horas, percibe movimientos fetales, niega sangrado vaginal y fiebre, como antecedentes refiere que es su primer embarazo, no tuvo abortos ni es alérgica a ningún medicamento.

Al examen físico la paciente se encuentra en aparente regular estado general, ventilando espontáneamente.

Piel: normotermico llenado capilar menor de 2 segundos, mucosas hidratadas.

TyP: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

CV: ruidos cardiacos rítmicos buena intensidad, no soplos.

Abd: ocupado por útero grávido, altura uterina 32 cm, SPP: LCD, Fcf: 132x min, DU: 3/10++, MF: presentes.

GE: presencia de sangrado vaginal (-), presencia de líquido amniótico (+), dilatación 5cm, incorporación 100%, altura de presentación -1, membranas rotas, tabique vaginal rechazable vertical.

SNC: OTEP; EG: 15 puntos.

La paciente fue ingresada con los siguientes diagnósticos:

- Primigesta de 37 ss por FUR
- Trabajo de parto fase activa
- RPM de más o menos 12 horas
- Tabique vaginal rechazable vertical

Se pasa a paciente a sala de partos donde se comunica a medico de turno, donde deja nota del procedimiento realizado, se hizo el pinzamiento de pedículos y sección del tabique vaginal para el descenso completo de la cabeza fetal, posterior al nacimiento se hizo la revisión instrumentada donde se describe la ligadura de los pedículos sobrantes del tabique con vycril, colporrafia anterior y posterior con catgut crómico. Se realizo curetaje uterino encontrando restos de membranas de aproximadamente 20 cc.

Paciente evoluciona favorablemente, se le deja antibióticos y medicamentos para el dolor a horario, al examen físico se describe involución uterina de 14 cm, loquios hemáticos escasos sin mal olor, enfermería no reporto eventualidades, paciente es dada de alta al tercer día con indicaciones de hierro polimaltosado y paracetamol condicional al dolor.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El internado médico inició en el 1 de junio del 2022 en el Hospital de apoyo Víctor Ramos Guardia, que fue inaugurado en el año 1963, lleva este nombre en honor al Dr. Víctor Ramos Guardia quien fue un médico huaracino reconocido por su labor en el terremoto de 1970.

Actualmente este Hospital es un centro de nivel II-1, con el reciente nombramiento de su director, la Dr. Maritza Roxana Benites Villaorduña, el área de hospitalización cuenta con aproximadamente 200 camas y están clasificadas según las especialidades de Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y Cirugía general. El centro quirúrgico cuenta con 5 salas de operación implementado con todo el equipo para cirugías de alta complejidad, como también para atender las cesáreas de emergencia.

Cuenta también con un área de emergencia con las 4 principales especialidades donde los pacientes son derivados después de pasar por el servicio de triaje, donde también se resuelven algunas emergencias menores. Cada servicio en emergencia cuenta con 3 camas para los pacientes sean atendidos. El servicio de trauma shock cuenta con 4 camas con equipos para pacientes que lo ameriten, así mismo se cuenta con un ambiente de observación con 5 camas que comparten las especialidades para pacientes que están en evaluación para su posterior pase a hospitalización o alta, según crean conveniente en médico de turno.

Los pacientes de alta complejidad que no pueden ser tratados en el hospital son referidos a hospitales de mayor nivel resolutivo en la ciudad de Lima principalmente, en la actualidad si bien es cierto los casos por infección de COVID -19 bajaron, aun se cuenta con un área COVID para los pacientes que resulten positivo al momento del pase a hospitalización con material y personal capacitado para el manejo de estos.

En marzo del año 2020 se tomaron medidas para poder controlar la infección por COVID -19, una de ellas fue la incorporación de mascarilla obligatoria y el uso de EPP para todo

personal del hospital, hasta la fecha esas medidas son obligatorias en el hospital, así como para los familiares de pacientes que viene a la hora de visita.

Nosotros como internos que pertenecemos al hospital, fuimos de gran apoyo en los turnos asignados, desde el área de emergencia donde desarrollamos el rol de hacer el examen físico del paciente, la historia clínica y las recetas para medicamentos, como también en el área de hospitalización, donde diariamente se hace la evolución de los pacientes, la toma de sus funciones vitales, y posterior presentación a los médicos de turno que pasan visita.

Tuvimos turno programados en consultorio externo donde vienen los pacientes para controles periódicos de su estado de salud, por el área de cirugía acudían pacientes para poder hacerles la programación de una cirugía que no era de emergencia, en la especialidad de ginecología y obstetricia, apoyamos en lo que son controles a las gestantes y evaluar si tienen algún factor de riesgo para el nacimiento del bebé.

En el servicio de cirugía pudimos realizar procedimientos como curación de heridas, cambios de apósitos, sutura de heridas menores, y retiro de puntos, esto supervisado por el medico de turno, al igual que el servicio de Ginecología y Obstetricia donde apoyamos en evaluar a las gestantes que vienen con labor de parto, pudiendo aprender el uso del ecógrafo y participar en los partos no complicados.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

CASO CLÍNICO N° 1

En el primer caso se habló de una cetoacidosis diabética causada por el debut de diabetes mellitus.

La Diabetes mellitus se define como una alteración multicausal en el metabolismo, la cual se acompaña de hiperglicemia crónica y trastornos metabólicos.

La cetoacidosis diabética es una de las dos complicaciones más graves que presenta la diabetes, y es caracterizada por presentar acidosis metabólica y una glucosa elevada menor a 800mg/dl.

Según la Federación Internacional de Diabetes, un 46% de las personas con diabetes mellitus en el mundo no están diagnosticadas, como el paciente presentado en el caso clínico. La persona diagnosticada con diabetes tiene un riesgo de 40 veces más de amputación, 25 veces más de insuficiencia renal, 20 veces más de ceguera y entre 2 y 3 veces más de infarto agudo de miocardio.

En el cuadro clínico nos encontramos con pacientes sintomáticos y asintomáticos, siendo este último el más frecuente. Los síntomas que hallamos en estos pacientes son poliuria, polifagia, polidipsia y pérdida de peso; además podría cursar con visión borrosa, debilidad y prurito.

Tratamiento:

Corrección de líquidos y electrolitos: Administración de solución salina isotónica

En el caso que la glucosa sérica alcance niveles inferiores a 200 mg/dL, se cambia a dextrosa al 5% con NaCl al 0.45% a 150-250 mL/hora.

Administración de insulina: EV a dosis bajas. Su administración se retrasa en caso de que los niveles de potasio se encuentren por debajo de 3.3 mEq/L(2).

Tratamiento de cetoacidosis en adultos (ver Anexo 1)

CASO CLÍNICO N° 2

La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio del páncreas en el cual las enzimas de dicho órgano se activan en gran cantidad y provocan la auto digestión del propio tejido pancreático, en la clínica se caracteriza por un dolor abdominal intenso en epigastrio, que en algunas oportunidades se irradia a la región lumbar, además de niveles altos de estas enzimas pancreáticas en la sangre(3).

Existen diferentes causas por la cual se puede dar este cuadro de inflamación, la más común es por cálculos biliares representando cerca del 70% de los casos, la segunda causa en general y la primera en los hombres es por el consumo de alcohol(3), llegando al 30% de los casos, otras causas incluyen hipertrigliceridemia, Colangiopancreatografía retrógrada posendoscópica (CPRE), medicamentosa, idiopática y entre otros(4).

Las manifestaciones clínicas en los pacientes que cursen con pancreatitis inician con un dolor abdominal intenso que inicia en el epigastrio y cuadrante superior derecho, a los algunos pacientes se irradia a la zona lumbar, en pacientes que cursen con pancreatitis por cálculos biliares el dolor iniciara más rápido en comparación a los pacientes con pancreatitis por problemas alcohólicos o metabólicos. En algunas ocasiones el dolor se puede aliviar si el paciente se inclina hacia adelante(5).

En el examen físico de los pacientes que cursen con esta enfermedad se puede encontrar la piel y escleras ictericas dependiendo de la causa de la pancreatitis, dolor y resistencia a la palpación en epigastrio, cuadrante superior derecho y en algunas ocasiones en mesogastrio, se reportó que en pacientes con pancreatitis alcohólica pueden cursar con hepatomegalia(5).

Como hallazgos de laboratorio lo más resaltante que podemos encontrar son la elevación de las enzimas pancreáticas, la amilasa se eleva entre las 6 y 12 horas de iniciado el cuadro de pancreatitis, teniendo una vida media de 10 horas y volviendo a la normalidad

a los del tercer a quinto día, para hacer el diagnóstico deberá estar elevado más de tres veces el límite superior normal. En pacientes con pancreatitis alcohólica la amilasa no se eleva demasiado debido a la incapacidad para producir amilasa. En el caso de la lipasa, esta se produce de 4 a horas iniciado el cuadro, alcanzando su pico a las 24 horas, posterior a ello vuelve a la normalidad a de los 8 a 14 días. Se describe que esta encima es más sensible en comparación a la amilasa en pacientes con cuadros de dolor más de 24 horas debido a su duración en la sangre(4,5).

Para el diagnóstico también es útil la ecografía para poder coleditiasis o algún signo de obstrucción del tracto biliar, también es de mucha ayuda la tomografía para poder evaluar la presencia de necrosis en caso lo existiera(5).

El tratamiento de elección en pacientes con pancreatitis se inicia con la reposición de líquidos intravenoso entre las primeras 24 a 48 horas, se recomienda la reposición con 300 a 500 cc de solución salina por hora, en pancreatitis leve se puede usar un menor volumen de líquidos, se continua con el control del dolor, con analgésicos endovenosos. En cuanto a la alimentación en el paciente se le indico NPO hasta poder calmar el dolor y la reposición de líquidos, lo idea es comenzar con la alimentación en pequeñas cantidades, cuando el paciente lo tolere y no le genere dolor.

En el caso del paciente se comenzó con la hidratación agresiva y el control del dolor, debido a su retiro voluntario no se pudo iniciar con la tolerancia oral vigilada.

III.2. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

CASO CLÍNICO N° 1

El síndrome de obstrucción bronquial aguda se describe como la reducción del diámetro interno del árbol bronquial, la cual presenta tos y/o sibilancias con o sin dificultad para respirar.

Su presentación clínica es de taquipnea, tirajes, sibilantes, subcrepitantes, aleteo nasal, quejido espiratorio, palidez o cianosis e hipoxemia. El diagnóstico es clínico con aparición de sibilantes con síntomas respiratorios agregados.

El tratamiento del cuadro agudo es con administración de oxígeno en caso de que la saturación de oxígeno sea menor a 92%, salbutamol 2 inhalaciones a cada 20 minutos 3 veces y luego reevaluar al paciente, y prednisona a dosis de 1-2 mg/kg/día por 3-5 días. Luego del cuadro agudo el paciente ha de ser reevaluado a los 2-3 días(6).

CASO CLÍNICO N° 2

La enfermedad diarreica aguda es una infección en menores de 5 años producida por virus, bacteria o parásitos, generando más de 3 deposiciones acuosas en 24 horas, que puede ir acompañado de náuseas, vómitos y fiebre.

Una de las consecuencias más importantes de la enfermedad diarreica aguda es la deshidratación, cuando las pérdidas no son reemplazadas adecuadamente, el paciente cursara con signos como mucosas secas, ojos hundidos sin lágrimas, llenado capilar lento, taquicardia y oliguria(7).

El diagnóstico se hará con una anamnesis correcta y un examen físico, dependiendo de lo que se encuentre podremos dar un tratamiento adecuado, en el caso de nuestro paciente con diagnóstico de enfermedad diarreica aguda, se ven signos de deshidratación, por lo cual según las guías debemos iniciar el plan b de tratamiento.

Se inicia el tratamiento con sales de rehidratación oral a libre demanda, de 50 a 100 ml/kg en un periodo de 3 a 4 horas, se debe ir monitorizando al paciente, en caso este vomite, se debe continuar más lento la rehidratación(8,9).

III.3. ROTACIÓN DE CIRUGÍA

CASO CLÍNICO N° 1

La colecistitis aguda es una de las principales causas de ingreso a la emergencia quirúrgica, a pesar de presentar, por lo general, una evolución favorable, puede presentar complicaciones dependiendo de las características de la enfermedad, así como de la condición del paciente al momento de ingreso.

Hasta en el 95 % de los casos, la etiología de la colecistitis es de origen litiásica. Entre los factores predisponentes para la formación de cálculos encontramos la edad, normalmente por encima de los 40 años, el sexo femenino, embarazo, debido a los cambios fisiológicos hormonales, anticonceptivos orales y terapia hormonal sustitutoria en la menopausia, factores genéticos, obesidad, entre otros(10).

La incidencia de cálculos biliares en los adultos varía entre el 10 y 15 %.

En América latina, entre el 5 % y el 15 % de la población presenta esta patología

La obstrucción del conducto cístico por los litos origina distensión vesicular y cólicos biliares, si la obstrucción se prolonga en el tiempo se produce inflamación, traslocación e incluso isquemia dando lugar a la colecistitis aguda la cual representa del 6 – 11 % de los casos de abdomen agudo en adultos. Es usual que el dolor se ubique en el cuadrante superior derecho pudiendo irradiarse a la parte superior derecha de la espalda o la zona interescapular. El paciente puede presentar fiebre, náuseas y/o vómitos y posición antálgica debido a que el proceso inflamatorio afecta el peritoneo parietal.

A nivel mundial se utiliza la Guía de Tokio, fundamental para el diagnóstico y clasificación. La clasificación según severidad predice con precisión la mortalidad, duración de la hospitalización y tasas de conversión de laparotomía. Los criterios utilizados son: signos y síntomas característicos, hallazgo de exámenes físicos, datos laboratoriales y de imágenes(11,12).

CASO CLÍNICO N° 2

La apendicitis es una inflamación del apéndice debido a diferentes causas, siendo la emergencia más frecuente de abdomen agudo que necesita de un procedimiento quirúrgico, esta ocurre con frecuencia entre la segunda y tercera década de la vida, siendo más frecuentes en hombres que en mujeres.

La principal causa de la inflamación de la apendicitis es por una obstrucción que llevara a una isquemia localizada, perforación y peritonitis generalizada. Esta obstrucción se puede deber a fecalitos, cálculos, procesos tumorales benignos o malignos. En general durante las primeras 24 horas se desarrollan los síntomas del casi el 90% de los pacientes(13,14).

Dentro de las manifestaciones clínica el dolor abdominal es el más común, que en muchos casos se inicia en el epigastrio o periumbilical migrando a la fosa iliaca derecha en el pasar de las horas. También puede estar acompañado de anorexia, náuseas, vómitos y fiebre(13,15).

En algunos pacientes se describen signos que se usan para poder enforcar al diagnóstico, los más conocidos son:

Signo de McBurney: es el dolor que genera la presión profunda en la unión del 1/3 externo con los 2/3 internos de una línea trazada entre la espina iliaca antero- superior derecha hasta el ombligo.

Signo de Rovsing: es el dolor que se genera en el cuadrante inferior derecha cuando se hace presión en el cuadrante inferior izquierdo. Este signo es indicativo de irritación peritoneal local del lado derecho.

Signo de Psoas: es el dolor que se genera cuando el paciente levanta la rodilla derecha, generando dolor en el cuadrante inferior derecho.

En nuestro paciente contaba con los signos para poder diagnosticar una apendicitis aguda, se cuenta con evidencia donde se menciona que el tratamiento con solo antibióticos es efectivo como una la cirugía, pero estos también demuestran que existen

tasas de recurrencias moderadas, en pacientes adultos las guías internacionales refieren que el tratamiento de elección en apendicitis no perforada es la apendicetomía dentro las primeras 12 horas del realizado el diagnóstico(15).

III. 4. ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

CASO CLÍNICO N° 1

La rotura prematura de membranas se define como la rotura de las membranas ovulares previo al inicio de las contracciones uterinas, y es pretérmino cuando sucede antes de las 37 semanas de gestación.

Cuando la gestante es de menos de 34 semanas de gestación, tal como menciona el caso, se hace un manejo expectante con hospitalización. Debe dejarse indicado monitoreo fetal y se debe proceder teniendo en cuenta una alta incidencia de infección, en ausencia de fiebre(16).

Tratamiento

Administrar un ciclo de corticoides a embarazos con RPM entre las semanas 23 y 36 + 6 de gestación.

Se administra sulfato de magnesio para neuro protección fetal, ya que esto reduce el riesgo de padecer parálisis cerebral en el recién nacido

Es recomendado un tratamiento antibiótico por 7 días de Ampicilina EV (2g cada 6 horas) y eritromicina (250 mg cada 6 horas) durante 2 días, luego administrar amoxicilina oral y base de eritromicina.

La indicación primordial de la tocólisis en RPM es para retrasar el parto 2 días para así poder administrar un ciclo de corticoides(17).

CASO CLÍNICO N° 2

Se describe en el caso clínico a una gestante que llega por emergencia por trabajo de parto, se le ingresa a sala de parto donde se puede observar un tabique vaginal vertical rechazable, el descenso de la cabeza del bebé era impedido por dicho tabique.

El tabique vaginal es un defecto en la formación y desarrollo de la vagina, en ocasiones se encuentra con la presentación de útero didelfo, al examen se puede visualizar que la vagina está dividida en dos espacios por medio de una estructura fibrosa, muchas veces con el tacto vaginal se hace el diagnóstico(18,19).

Se han reportado casos con tabique vaginal donde solo compromete el tercio proximal de la vagina, donde el manejo es similar presentado en el caso, se hace pinzamiento de las bases del tabique, se secciona y se sutura con ambos extremos con catgut crómico.

El diagnóstico oportuno en los controles puede ayudar a prevenir complicaciones al momento del parto, como distocia, ruptura del tabique vaginal, sangrado laceración de la vagina. Dependiendo de la extensión del tabique en el canal vaginal, también es recomendable la cesare de emergencia(20).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Al comenzar el internado en el Hospital Víctor Ramos Guardia comenzamos las rotaciones por las 4 especialidades con turnos de 8 horas en hospitalización y 12 horas en el área de emergencia.

En el área de medicina interna se manejan diferentes pacientes con distintas patologías, se comienza el turno con la toma de funciones vitales y evaluación del paciente para su presentación. Algunos pacientes ameritan la toma de muestra de AGA, que los médicos de turno nos permitían realizar el procedimiento. El área de emergencia, donde el ritmo es diferente, se va revaluando al paciente en todo momento para poder decidir si amerita la hospitalización o se va con tratamiento a su casa, debido a la gran afluencia de pacientes se va adquiriendo distintos conocimientos de diferentes patologías que posterior se ponían en práctica.

Con el pasar del tiempo se maneja con más facilidad la realización de historias clínicas, así como exámenes de laboratorio que se deben pedir en diferentes momentos, la ayuda y guía de los doctores de turno nos permitían desenvolvemos en cada situación y eventualidad que se presentaba, así como la mayor fluides en el interrogatorio para la anamnesis.

De mucha ayuda fue el poder aprender a manejar el ecógrafo en el servicio de Ginecología y Obstetricia, ya que nos brindó las herramientas y el conocimiento para diagnosticar cuando el bebe tenía el cordón umbilical envuelto en el cuello o se encontraba con poco líquido amniótico, con el pasar de los turnos algunos médicos asistentes nos dejaban participar en las cesáreas que se programaban donde se podía entrenar las habilidades para la sutura y correcta higiene en las cirugías.

El tener la oportunidad de rotar primero por el hospital nos ayudó a consolidar los conocimientos que teníamos antes y corregir algunas carencias en el momento de la evaluación, así como poder poner en práctica procedimientos básicos como curación y sutura de heridas. Todo esto nos ayudó mucho al momento de rotar por las postas de primer nivel donde en muchas ocasiones no se cuenta con exámenes de laboratorio y

solo contamos con la clínica de cada paciente, aprendido ya en el hospital, se debe recalcar también el apoyo por el are de UCI, que, si bien no rotábamos por ese servicio, los doctores siempre estaban prestos a responder algunas dudas que teníamos cuando eran llamados para las interconsultas.

CONCLUSIONES

Realizar el internado médico para nosotros como futuros profesionales es una etapa importante en el desarrollo y formación para consolidar los conocimientos, aun así, con los obstáculos que se presentan en cada situación en particular, siempre debemos de preocuparnos por el trato hacia el paciente, desarrollando la empatía hacia los demás.

Hacer la rotación en un hospital fuera de la ciudad de Lima no te limita a ver casos interesantes como los presentados, muchas veces estos casos no se pueden referir por negativa de los familiares y temor a la capital. Por ello es importante impulsar las rotaciones fuera de Lima.

Hacer el internado en épocas donde el COVID-19 aún sigue presente, nos ayuda a seguir estudiando y aprendiendo cada día más sobre los nuevos manejos de distintas enfermedades. Así como tener la responsabilidad de usar los equipos de protección personal para cuidarnos unos mismos y cuidar a los demás.

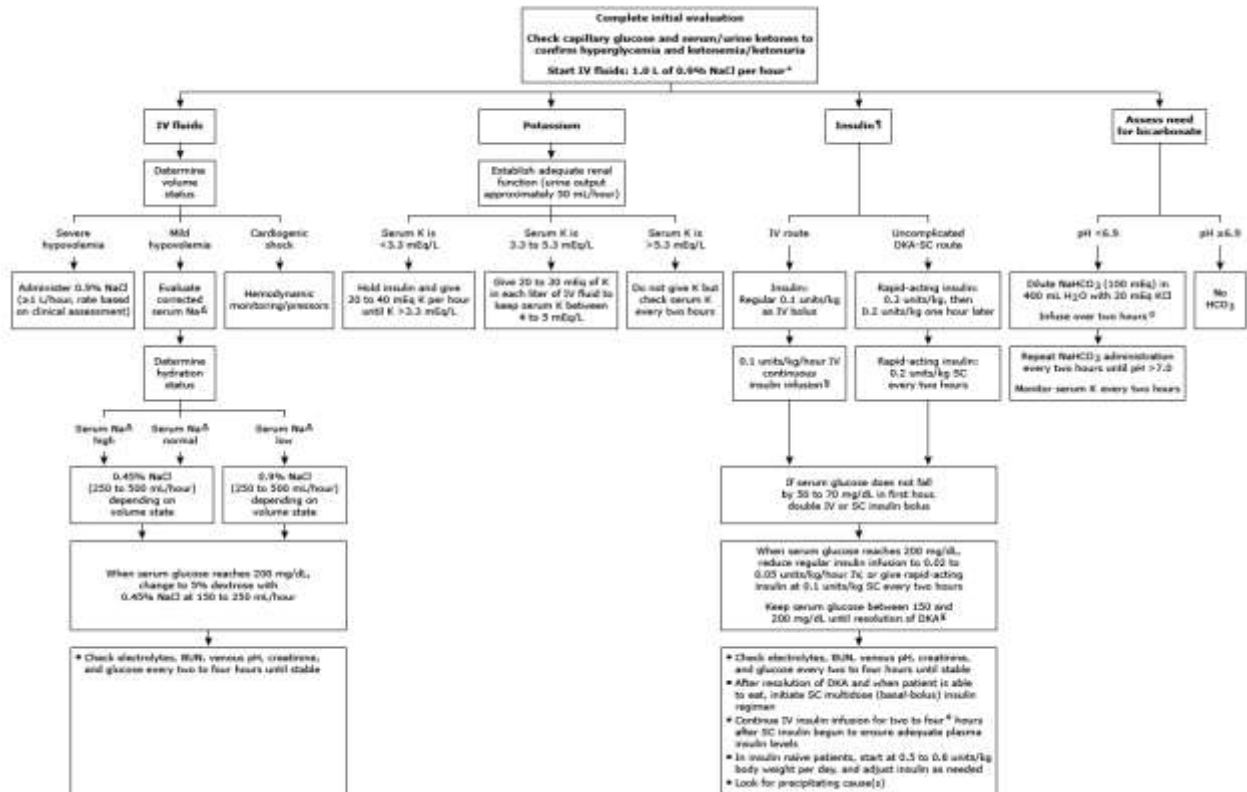
El presente trabajo narra los casos más frecuentes y con el manejo que nosotros como internos hemos ido aprendiendo, puesto en práctica con la ayuda de los tutores encargados de nosotros, demostrando que la experiencia de hacer el internado en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz ayudo en la formación de futuro profesionales

RECOMENDACIONES

- Se debe promover la participación de los internos a rotar en hospitales fuera de lima, que, si bien no se cuenta con todo el equipamiento, se ven casos interesantes que muchas veces no llegan a la capital por no contar con medio económicos
- Evaluar las condiciones prestadas para los internos al momento de su estadía por el hospital, como un lugar donde poder descansar en las guardias nocturnas o donde poder estudiar.
- Se debería evaluar el apoyo a todos los internos no solo de medicina, sino también de obstetricia para la distribución de mascarillas y el equipo de protección personal, ya que en muchos casos corría por cuenta del cada interno
- Se deberían programar clases por parte de los médicos encargados de los internos con los casos más interesantes en el hospital, apoyados por los residentes. Como también la toma de pruebas que ayudarían a consolidar conocimientos.

ANEXOS

ANEXO 1



FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Arroyo-Ramirez FA, Rojas-Bolivar D. Internado médico durante la pandemia del COVID-19: la problemática de los practicantes preprofesionales de medicina ante la legislación peruana. ACTA MEDICA PERUANA. 30 de diciembre de 2020;37(4).
2. ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE DIABETES. Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia Edición 2019. 2019; Disponible en: www.revistaalad.com
3. Garro Urbina V, Thuel Gutiérrez M. Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. Revista Medica Sinergia. 1 de julio de 2020;5(7):e537.
4. Santhi A., Vege S, Whitcomb DC. Etiología de la pancreatitis aguda [Internet]. 2023. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/etiology-of-acute-pancreatitis/print?search=pancreatitis&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage...1/20
5. Santhi A., Vege S, Whitcomb DC. Manifestaciones clínicas y diagnóstico de la pancreatitis aguda [Internet]. 2023. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis/print?search=pancreatitis&source=search_result...
6. Elias-Melgen R, De la Cruz E. Síndrome bronquial obstructivo recurrente por causas secundarias en pacientes evaluados en el servicio de neumología del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral durante el periodo 2015-2018. Ciencia y Salud. 7 de junio de 2021;5(2):109-15.
7. Elena Povea Alfonso, Daisy Hevia Bernal. La enfermedad diarreica aguda. 2019;4.
8. Zulema DE, Gonzales De Palomino T. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Diarrea Aguda Infecciosa en Paciente GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DIARREA AGUDA INFECCIOSA EN PACIENTE PEDIÁTRICO UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL ESPECIALIZADA-EMERGENCIA. 2022.
9. Pilay Ponce JK, Reinoso Tapia SC, Vásquez Gaibor AA, Dávila Peralta D armando. Terapia de hidratación parenteral en pediatría. RECIMUNDO. 1 de diciembre de 2019;4(1):162-72.
10. Factores de riesgo y dieta de protección biliar en paciente con colecistitis - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/factores-de-riesgo-dieta-proteccion-biliar-colecistitis/>
11. Yokoe M, Hata J, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Wakabayashi G, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci [Internet]. 1 de enero de 2018 [citado 13 de abril de 2023];25(1):41-54. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29032636/>
12. Pablo Francisco Rojas Solís, José Miguel Aceves Ayala, Ashley Yael Sotelo Casas. COLECISTITIS AGUDA: ARTÍCULO DE REVISIÓN. Libro Compilación resultados de Investigación. junio de 2022;1(1):1-26.

13. Hernández-Cortez J, De León-Rendón JL, Silvia Martínez-Luna M, David Guzmán-Ortiz J, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura Acute appendicitis: literature review [Internet]. Vol. 41, Cirujano General. 2019. Disponible en: www.medigraphic.com/cirujanogeneralwww.medigraphic.org.mx
14. Urbina VG, Vázquez SR, Gutiérrez MT. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencias. Revista Medica Sinergia [Internet]. 1 de diciembre de 2019 [citado 18 de abril de 2023];4(12):e316-e316. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/316/673>
15. Smink D, Soybel DI, De R, Weiser M, Chen W. Manejo de la apendicitis aguda en adultos [Internet]. 2023. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults/print?search=apendicitis&source=search_result&selectedTitle=...1/45
16. Oyarzún Ebensperger E, Wild Ambrosio R, Serani Merlo A. «Rotura prematura de membranas». Vol. 57, Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2020. p. 308-9.
17. Gutiérrez Ramos M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 28 de septiembre de 2018;64(3):405-13.
18. Elizabeth Lizano-Ortiz GI, Armando Auqui-Carangui DI, Santiago Naranjo-González III P, Patricio Sánchez-Centeno RI, Elizabeth Lizano Ortiz G, Armando Auqui Carangui D, et al. Tabique vaginal transverso inferior. Reporte de un caso Tabique vaginal transverso inferior. Reporte de un caso Septo vaginal transverso inferior. Relato de un caso Ciencias de la salud Artículo de revisión. Pol Con (Edición núm 53) [Internet]. 2020;5:654-63. Disponible en: <http://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es>
19. Salazar de Escolero ADR, Flores Paredes RG. Embarazo múltiple en útero Didelfo y Bicollis. Reporte de caso. Alerta, Revista científica del Instituto Nacional de Salud. 25 de junio de 2020;3(2):42-7.
20. Limay-Rios A, Ayala-Peralta F, Toro-Quioz R, Tupac-Molleda J, Valle-Sandoval V, Vicencio-Salazar L, et al. Manejo de un aborto frustrado en paciente con útero doble más tabique vaginal longitudinal. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 15 de julio de 2019;8(1):36-41.