



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIAS CLÍNICAS EN EL INTERNADO MÉDICO  
DEL HOSPITAL REZOLA Y CENTRO DE SALUD SAN  
LUIS DURANTE EL ESTADO DE EMERGENCIA POR LA  
PANDEMIA DE COVID-19, CAÑETE 2021-2022**

**PRESENTADO POR  
RUBEN ALBERTO CHURAMPI COLLANA**

**ASESOR  
JORGE LUIS SÁNCHEZ ROMERO**

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

**LIMA- PERÚ  
2022**



**CC BY-NC-SA**

**Reconocimiento – No comercial – Compartir igual**

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**“EXPERIENCIAS CLÍNICAS EN EL INTERNADO MÉDICO DEL  
HOSPITAL REZOLA Y CENTRO DE SALUD SAN LUIS DURANTE EL  
ESTADO DE EMERGENCIA POR LA PANDEMIA DE COVID-19, CAÑETE  
2021-2022”**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR**

**RUBEN ALBERTO CHURAMPI CCOLLANA**

**ASESOR**

**M.C. JORGE LUIS SÁNCHEZ ROMERO**

**LIMA- PERÚ**

**2022**

## **JURADO**

**Presidente:** Dr. Victor Hinostroza Barrionuevo

**Miembro:** Dr. Jorge Carlos Vela Rodriguez

**Miembro:** Dra. Kattia Arribasplata Purizaca

## **DEDICATORIA**

A las personas que siempre creyeron en mí. A Rubén, Norma y Ricardo, padres y hermano respectivamente, que desde el inicio de la carrera me enseñaron a ser perseverante y no rendirme ante las adversidades.

A mis abuelos y tíos que, con sus consejos y experiencias de vida, me sirvieron para afrontar los obstáculos que se presentaron a lo largo de mi vida universitaria.

A mis maestros médicos, agradeciendo sus enseñanzas para ser mejor profesional en un futuro no muy lejano, para así buscar el beneficio de nuestros pacientes usando la máxima <<primum non nocere>>.

A mis amigos, a Mirella, mi enamorada, y a todas aquellas personas que con un granito de arena formaron a la persona que soy en la actualidad.

# ÍNDICE

RESUMEN.....	v
ABSTRACT .....	vi
INTRODUCCIÓN .....	vii
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL .....	1
Rotación de Medicina Interna .....	1
Rotación de Cirugía .....	5
Rotación de Ginecología y Obstetricia .....	10
Rotación de Pediatría.....	16
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA.....	21
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL .....	25
Caso 1: .....	25
Caso 2: .....	26
Caso 3: .....	27
Caso 4: .....	29
Caso 5: .....	30
Caso 6: .....	31
Caso 7: .....	33
Caso 8: .....	34
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA .....	36
CONCLUSIONES.....	38
RECOMENDACIONES .....	39
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	40

## RESUMEN

El presente informe se basa en un internado en la provincia de Cañete-Lima en el Hospital Rezola y Centro de salud San Luis. Se detalla el aprendizaje, la experiencia y vivencia de sus rotaciones por Medicina Interna, Cirugía, Ginecología-Obstetricia y Pediatría, aplicando conocimientos obtenidos de años previos de la carrera de medicina humana.

El internado médico realizado en la sede de Hospital Rezola fue en los servicios de Cirugía y Ginecología-Obstetricia, y en el Centro de Salud de San Luis, de Medicina Interna y Pediatría en la época de pandemia por COVID-19.

Esta experiencia ha sido única y distinta a otras rotaciones hechas anteriormente, debido a la restricción con los pacientes positivos a COVID-19. Aun así, ante el temor del contagio, muchas veces se tuvo que obviar esta condición para buscar el bienestar del usuario.

**Palabras clave:** Internado, Hospital Rezola, Centro de Salud San Luis, Medicina Interna, Cirugía, Ginecología-obstetricia, COVID-19

## **ABSTRACT**

The following report is based on an internship in the province of Cañete-Lima at the Rezola Hospital and the San Luis Health Center. This report details the learning, experience and the daily life during the rotations inside the areas of Internal Medicine, Surgery, Gynecology-Obstetrics and Pediatrics, applying knowledge gained from previous years of human medicine career.

The medical internship performed at the Rezola Hospital was in the areas of Surgery and Gynecology-Obstetrics; meanwhile at the San Luis Health Center the service provided was on Internal Medicine and Pediatrics during the COVID-19 pandemic.

This experience has been unique and different from other rotations done in previous occasions, because of the restrictions of COVID-19 positive patients. Even though, despite of the fear of contagion, many times this condition had to be ignored in order to look for the patient's welfare.

**Key words:** Internship, Rezola Hospital, San Luis Health Center, Internal Medicine, Surgery, Gynecology-Obstetrics, COVID-19.



## INTRODUCCIÓN

El internado médico es imprescindible en la vida universitaria de todo estudiante de medicina humana. Es aquí donde aplicarán los conocimientos teóricos y prácticos que se adquirieron durante el desarrollo de la carrera universitaria(1).

Para la elaboración del presente informe, el internado se realizó en dos establecimientos de salud, al comienzo se brindó una charla introductoria explicando la situación de los establecimientos frente a la pandemia del COVID-19, también se dio información sobre el correcto llenado de formato para la atención médica (ejemplo: FUA, referencias y contrarreferencias), para concluir se informaron sobre las normas, reglas de conducta y forma de vestir dentro del nosocomio.

El primer establecimiento fue el Hospital Rezola, nosocomio de referencia nivel II-2(2), mientras que el segundo fue en el Centro de Salud San Luis, ubicado también en Cañete, distrito de San Luis, de nivel I-3. Aquí se dio la bienvenida a los internos y se enseñó la atención y manejo en el primero nivel de atención.

El contenido detalla 8 casos clínicos, 2 por cada rotación: Medicina interna y pediatría en primer nivel de atención; Cirugía y ginecología-obstetricia en hospital.

Los distintos casos clínicos que se eligieron fueron en base a la recurrencia en el establecimiento y de interés académico, viendo así el manejo que se le brindó a cada uno de ellos, considerando las posibilidades y limitaciones de estos.

Es importante recordar que aún se vive el estado de emergencia sanitaria en el Perú, más ahora con el inicio de la tercera ola debido a la variante Omicrón(3), esto influye mucho en la psiquis del paciente, ya sea porque tiene temor de ir al establecimiento y contagiarse, o , también se da el caso que oculte su diagnóstico por vergüenza y/o temor de ser tratado de forma distinta.

Se tiene por objetivo ampliar el conocimiento respecto a los 8 casos clínicos propuestos y posterior integración a la comunidad del paciente una vez tratada la patología, a pesar de tener limitaciones como las antes mencionadas, además de no cumplir con las expectativas en el tratamiento por motivos de insuficiencia de equipos, material de bioseguridad, insumos, etc, en el establecimiento de salud(4).

Actualmente, el interno hace el mejor esfuerzo por adquirir mejor aprendizaje durante sus prácticas pre-profesionales, cada día es uno más de superación, dispuesto a cumplir con los deberes que tiene encargado y bajo supervisión de los tutores que se le asignen, además de protegerse a sí mismo y a los demás mediante el correcto uso de los equipos de protección personal (EPP)(5).

## **CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

La carrera de Medicina Humana comprende 7 años de aprendizaje teórico y de práctica clínica. El actual internado médico es el resultado de la combinación de ambas, por el periodo de 10 meses donde se pondrá en práctica la destreza con la que se desempeña el interno desde el primer contacto con el paciente, hasta el final de su jornada, cuando se retire con la satisfacción de haber sanado(6).

Son muchas las labores que cumple el interno: participación en las visitas médicas, apoyo en los consultorios externos, llenado de formatos de atención, participación en la preparación y posible intervención para operaciones quirúrgicas, el manejo de procedimientos de baja complejidad con la supervisión del médico de turno, etc. La suma de estas prácticas hará que en el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS), el médico tenga un buen trato y mejor manejo del paciente.

La vivencia durante esta etapa influirá de manera importante en la decisión de la especialidad que desee ejercer en un futuro cercano.

### **Rotación de Medicina Interna**

Las competencias mencionadas en el sílabus de internado que corresponden a esta rotación son las siguientes:

- Identificar, aplicar, proponer y juzgar las alternativas de solución a los problemas médicos y éticos, considerando la prevención y promoción de la salud.

En cuanto a los componentes, considerar las siguientes capacidades:

- Aplicar principios éticos y conceptos básicos de medicina basada en evidencias en el manejo de los pacientes con problemas infecciosos, problemas del aparato respiratorio, cardiovascular y digestivo, con respeto al ser humano, reconociendo sus derechos y deberes, y promoviendo la prevención.

- Aplicar principios éticos y conceptos básicos de medicina basada en evidencias en el manejo de los pacientes con problemas del sistema nervioso, hormonales, metabólicos, articulares y de salud mental, con respeto al ser humano, reconociendo sus derechos y deberes promoviendo la prevención.
- Aplicar principios éticos y conceptos básicos de medicina basada en evidencias en el manejo de los pacientes con problemas renales, de piel y faneras, de la sangre, con respeto al ser humano, reconociendo sus derechos y deberes, y promoviendo la prevención.

En tal sentido, de acuerdo con las competencias contenidas en el sílabus correspondiente se presentarán los siguientes casos:

#### Caso 1:

Relato:

Paciente femenina de 42 años ingresa al centro de salud refiriendo cefalea, astenia, poliuria, polidipsia y aumento de sueño desde hace 7 días, pero lo que le hace ir a consulta es porque comenzó a tener visión doble.

Antecedentes: padres diabéticos, tíos maternos diabéticos

Al examen físico:

Paciente en aparente regular estado general, aparente buen estado de nutrición, aparente buen estado de hidratación; alerta, responde a estímulos, funciones vitales:

PA: 122/75    FC: 78 x min    FR: 19 x min    T°:36.4    SO2: 98%

Peso: 69    Talla: 1.52    IMC: 29.8

- Piel: tibia, hidratada y elástica; llenado capilar menor a 2 seg.
- Cardiovascular y tórax: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos; murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, amplexación conservada.

- Abdomen: RHA (+), blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- M. inferiores: sin lesiones
- SNC: LOTEPE, EG 15/15

#### Exámenes auxiliares:

- Glicemia capilar: 295
- Glucosa basal en ayunas
- Colesterol y triglicéridos
- Examen de orina

#### Diagnósticos:

1. Hiperglucemia
2. Diabetes mellitus tipo II
3. d/c ITU

#### Tratamiento:

- Metformina 850mg, 1 tab VO c/12hrs
- Rehidratación oral
- Dieta hipoglucémica
- Actividad física

#### Evolución:

Paciente será reevaluada con resultados de exámenes auxiliares solicitados, se considera útil una referencia a un centro de mayor complejidad, al servicio de endocrinología.

#### Caso 2:

Relato:

Paciente varón de 34 años ingresa a consulta del centro de salud refiriendo tos, dolor de garganta, congestión nasal desde hace 2 días; y se agrega sensación de alza térmica y cefalea desde hace 1 día. Menciona que un compañero de trabajo tuvo también síntomas respiratorios. Además, agrega que el día de la consulta no tomó su medicación habitual.

Antecedente: Hipertensión arterial en tratamiento con Captopril 25 mg c/24hrs.

Examen físico:

Paciente en aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación, responde a estímulos, ubicado en tiempo y espacio; con las siguientes funciones vitales:

PA 149/90    FC: 80 x min    FR: 19 x min    T°: 38.4    SO2: 98%

- Piel: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar menor a 2 seg, no se palpan ganglios.
- Cardiovascular y tórax: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos; murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, amplexación conservada.
- Abdomen: RHA (+), blando y depresible, no dolor a la palpación superficial ni profunda, no masas palpables.
- Sistema nervioso central: LOTEP, EG 15/15

Exámenes auxiliares:

- Prueba antigénica para COVID-19: reactivo

Diagnóstico:

1. Enfermedad por Coronavirus (COVID-19)

#### Tratamiento:

- Paracetamol 500mg VO c/8hrs x 3 días, luego condicional a T° mayor a 37.5
- Dextrometorfano 15mg/5ml jarabe, 10ml c/12hrs x 6 días
- Acetilcisteína 600mg sobre, 1 sobre c/24hrs x 6 días
- Captopril 25mg VO c/24hrs diario
- Aislamiento domiciliario

#### Evolución:

Favorable. En el segundo día de enfermedad, después de dar reactivo, se agregaron deposiciones líquidas, estas duraron 3 días. Lo que más persistía era la tos y mucosidad espesa en garganta. Al séptimo día solo presentaba síntomas de tos y dorsalgia, estos se mantuvieron hasta el décimo día, en el cual fue dado de alta médica. La saturación nunca bajó de 97%, su presión arterial se mantuvo en 140/80 durante la enfermedad.

#### **Rotación de Cirugía**

Las competencias mencionadas en el sílabus de internado que corresponden a la asignatura de Cirugía son las siguientes:

- Identificar, aplicar, proponer y juzgar las alternativas de solución a los problemas quirúrgicos y éticos, considerando la prevención y promoción de la salud.

En cuando a los componentes, se mencionan las siguientes capacidades:

- Aplicar principios éticos y conceptos básicos de medicina basada en evidencias en el manejo de los pacientes de cirugía general, con respeto al ser humano reconociendo sus derechos y deberes promoviendo la prevención.
- Aplicar principios éticos y conceptos básicos de medicina basada en evidencias en el manejo de las pacientes de traumatología, urología,

oftalmología y otorrinolaringología, con respeto al ser humano reconociendo sus derechos y deberes promoviendo la prevención.

- Aplicar principios éticos y conceptos básicos de medicina basada en evidencias en pacientes de cirugía de tórax-cardiovascular neurocirugía y cirugía pediátrica, con respeto al ser humano, reconociendo sus derechos y deberes promoviendo la prevención.

En ese sentido, de acuerdo con las competencias y componentes comprendidos en la asignatura se presentan los siguientes casos clínicos:

### Caso 3:

Relato:

Paciente femenina menor de edad, acompañada de su apoderado, ingresa a emergencia por presentar dolor abdominal difuso desde hace +- 4 días asociado a náuseas, vómitos, escalofríos y sensación de alza térmica. Paciente refiere que hace aproximadamente 2 días, el dolor se localiza en el epigastrio y hemiabdomen inferior, y a las horas, en epigastrio y fosa iliaca derecha, e informa que sigue medicación analgésica. Llega al servicio de medicina interna, donde se le realiza interconsulta al servicio de ginecología, descartando patología anexial, e interconsulta al servicio de cirugía para descartar apendicitis aguda. Al momento del examen refiere dolor abdominal difuso, deposiciones líquidas y disuria.

Al examen físico:

Regular estado general, buen estado de nutrición, buen estado de hidratación, posición antálgica, LOTEPE, con las siguientes funciones vitales:

PA: 110/70 FC: 80 x min T°: 38°C FR: 20 x min

- Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2”, no edemas, no palidez.



- Cardiovascular y tórax: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos; amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Abdomen: RHA (+), depresible, resistente en hemiabdomen inferior, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, hipogastrio, fosa iliaca izquierda y epigastrio, Blumberg (+), Mc Burney (+), Rovsing (+).
- Sistema Nervioso Central: Alerta, responde correctamente a estímulos, pupilas isocóricas foto reactivas, Glasgow 15/15.

#### Exámenes auxiliares:

- Hemograma completo:
  - Leucocitos: 8 480, hematocrito: 33%, hemoglobina: 11.2, plaquetas: 140 000, segmentados: 90%
- Proteína C reactiva: positivo
- Exámenes pre quirúrgicos: sin alteraciones
- Prueba antigénica para COVID-19: negativo
- Ecografía abdominal completa: no líquido libre en repliegues peritoneales. Disminución del peristaltismo en asas derecha, llamando la atención discreta colección anecoica en FID, Blumberg ecográfico dudoso.

#### Diagnóstico:

2. Abdomen agudo quirúrgico
3. d/c apendicitis aguda complicada (AA)

#### Tratamiento:

- NPO
- CNa 9% x 1000cc I, II
- Ceftriaxona 2g EV c/24hrs
- Metronidazol 500mg EV c/8hrs

- Metamizol 1,5g EV c/8hrs
- Omeprazol 40mg EV c/24hrs
- Dimenhidrinato 50mg EV PRN a náuseas y/o vómitos
- Preparar para SOP: Laparotomía exploratoria + apendicectomía incisional

Evolución:

Paciente operada con hallazgo de apendicitis aguda perforada plastronada, la cual permaneció hospitalizada por 3 días, en los cuáles solo presentó un leve dolor en incisión operatoria (7cm infraumbilical), negando signos de alarma.

#### Caso 4:

Relato:

Paciente femenina de 40 años refiere dolor abdominal desde hace 3 días, tipo cólico de intensidad 9/10 que no cede con medicamentos orales. El dolor se localiza en hipocondrio derecho y no se irradia, está asociado a vómitos de contenido bilioso y diarreas, por lo que acude al servicio de emergencia.

Al examen físico:

Paciente en regular estado general, aparente buen estado nutricional, aparente buen estado de hidratación, responde a estímulos. Con las siguientes funciones vitales:

PA: 100/60                      FC: 121 x min                      FR: 20 x min                      T°: 36.8°

- Piel: elástica, hidratada, tibia, llenado capilar menos de 2 seg.
- Cardiovascular y tórax: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos; murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, amplexación simétrica, no tirajes, no estertores ni ruidos agregados.
- Abdomen: blando, depresible, RHA (+), dolor a la palpación de hipocondrio derecho, Murphy (+)
- Sistema Nervioso Central: alerta, no signos de focalización, LOTEP.

#### Exámenes auxiliares:

- Hemograma:
  - Leucocitos: 13 550, hematocrito: 31%, hemoglobina: 10.2, plaquetas: 273 000, segmentados: 93%
- Proteína C reactiva: positiva
- Perfil hepático:
  - Bilirrubinas directa: 1.03, bilirrubinas totales: 1.71, fosfatasa alcalina: 151 (normal)
- Perfil lipídico: colesterol: 194, triglicéridos: 400, HDL: 28, LDH: 127
- Lipasa: 23.3
- Examen de orina: normal
- Prueba antigénica de COVID-19: negativo
- Ecografía abdomen completo: vesícula de paredes irregulares, presencia de imagen litiásica que produce sombra acústica posterior, una en infundíbulo que mide 10mm. Signos en relación a colecistitis crónica calculosa.

#### Diagnóstico:

1. Síndrome doloroso abdominal
2. Colecistitis crónica reagudizada
3. Dislipidemia
4. Anemia leve

#### Tratamiento:

- NPO
- CINA 0.9% x 1000 cc, 45 gts/min
- Ceftriaxona 2g EV c/24hrs
- Metronidazol 500mg EV c/8hrs
- Omeprazol 40mg EV c/24hrs

- Metamizol 2g EV c/8hrs
- Tramal 100mg EV c/8hrs
- Dimenhidrinato 50mg EV c/8hrs
- Hioscina 40mg EV c/8hrs

Evolución:

Se hizo manejo del dolor con analgésicos y antiespasmódicos, se dio de alta a la paciente al 5to día de hospitalización para que sea evaluada por consultorio externo y programada para colecistectomía laparoscópica; a su vez, para que pase a consultorio de medicina interna para manejo de dislipidemia y anemia.

### **Rotación de Ginecología y Obstetricia**

Las competencias mencionadas en el sílabus de internado que corresponden a la asignatura de Ginecología y Obstetricia son las siguientes:

- Identifica, aplica, propone y juzga las alternativas de solución a los problemas ginecológicos, obstétricos y éticos, considerando la prevención y promoción de la salud.

En cuanto a los componentes, se mencionan las siguientes capacidades:

- Aplicar principios éticos y conceptos básicos de medicina basada en evidencias en el manejo de las pacientes ginecológicas, con respeto al ser humano reconociendo sus derechos y deberes promoviendo la prevención.
- Aplicar principios éticos y conceptos básicos de medicina basada en evidencia en el manejo de las pacientes obstétricas, con respeto al ser humano reconociendo sus derechos y deberes promoviendo la prevención.
- Aplicar principios éticos y conceptos básicos de prevención y promoción en ginecoobstetricia.

En ese sentido, de acuerdo con las competencias y componentes comprendidos en la asignatura se presentan los siguientes casos clínicos:

#### Caso 5:

##### Relato:

Paciente gestante de 36 años, de iniciales JMO, ingresa por emergencia refiriendo presentar sangrado vaginal oscuro desde hace una hora, leve dolor en hipogastrio tipo contracción.

##### Antecedentes obstétricos:

- Menarquia: 11 años
- Inicio de RS: 16 años
- Andria: 02
- FUR: 20/05/21
- MAC usado: preservativo
- G2 P1101
  - G1: 2017 ♀ , parto distócico por preeclampsia
  - G2: 2022, Actual

##### Examen físico:

- Funciones vitales:

PA: 160/100      FR: 22 x'      FC: 100 x'      T°: 36.5      SO2: 98%

Paciente en aparente buen estado general, buen estado de hidratación, buen estado de nutrición, responde correctamente a estímulos, LOTEPE.

- Piel: elástica, hidratada, llenado capilar menor de dos segundos, no cianosis.
- Mamas: simétricas, blandas, no masas palpables, no dolorosas, no secretoras
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

- Tórax: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Abdomen: globuloso, útero grávido. Altura uterina: 36 cm, SPP: longitudinal cefálico izquierdo, FCF: 124 x'
- Genitales externos: sangrado vaginal positivo, no se evidencia pérdida de líquido amniótico.
  - o Tacto vaginal: dilatación: dehiscente un dedo, borramiento: 80%, altura de presentación: -4, membranas íntegras.
- Sistema Neurológico: Alerta, no signos de focalización, Glasgow 15/15.

#### Exámenes auxiliares:

- Hemograma completo
  - o Leucocitos: 15 700, hematocrito: 35%, hemoglobina: 11,8, plaquetas: 154 000
- Glucosa: 110, urea: 27, creatinina 0.79
- Perfil hepático
  - o Proteínas totales: 5.1, bilirrubinas totales: 0.3, fosfatasa alcalina: 169
  - o TGO: 31, TGP: 21
  - o DHL: 84

#### Diagnósticos pre operatorios:

1. Gestación de 37 ss 3/7 por ecografía I trimestre
2. Desprendimiento prematuro de placenta (DPP)
3. Hipertensión gestacional vs Preeclampsia severa
4. Cesareada anterior
5. No trabajo de parto

#### Tratamiento:

- NPO

- CINA 9% x 1000 cc, 30 gts por minuto
- Cefazolina 2g EV STAT pre SOP
- Control Obstétrico
- Nifedipino 10mg VO condicional a PA mayor a 160/110
- CFV + OSA
- Control de sangrado vaginal
- Preparar y pasar a SOP

#### Evolución:

El mismo día del ingreso, paciente ingresó a SOP para culminación de la gestación por cesárea que se reportó con una RN femenina, Apgar 3 al minuto y 6 a los cinco minutos, la placenta presentó coágulos sanguíneos de regular cantidad por DPP 40%.

Al día siguiente la paciente se encontró estable, con un leve dolor en la región operatoria, presión arterial tomada cada dos horas con un rango de 130/90, se realizó batería de laboratorio para preeclampsia, con resultados dentro de los rangos normales, se agrega metildopa 10mg VO c/12hrs.

Al tercer día de post operada, paciente en estado favorable, no refiere molestias, la presión arterial aún continúa elevada 130/80. Al cuarto día se da de alta, previamente reevaluada con nueva batería para preeclampsia con resultados normales y los siguientes diagnósticos: Parto distócico por preeclampsia + DPP, puérpera mediata.

#### Caso 6:

#### Relato:

Paciente de 17 años acude a emergencia por presentar dolor abdominal en fosa iliaca derecha, dolor tipo cólico, asociado a náuseas y vómitos. Malestar general.

#### Antecedentes obstétricos:

- Menarquía: 12 años
- Inicio de RS: 17 años
- Andria: 01
- FUR: 11/01/22
- MAC usado: ninguno
- G0 P000

#### Examen físico:

- Funciones vitales:

PA: 120/80 FR: 20x' FC: 112x' T°: 37° SO2: 98%

Paciente en aparente buen estado general, buen estado de hidratación, buen estado de nutrición, responde correctamente a estímulos, LOTEPE

- Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor de dos segundos, no cianosis.
- Mamas: simétricas, blandas, no masas palpables, no dolorosas, no secretoras
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.
- Tórax: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Abdomen: RHA (+), no cicatrices, no hernias, dolor a la palpación superficial y profunda, no signos peritoneales, se evidencia tumoración.
- Genitales externos: normales
- Sistema Neurológico: Alerta, no signos de focalización, Glasgow 15/15.

#### Exámenes auxiliares

- Hemograma completo
  - Leucocitos: 12 000, hematocrito: 31%, hemoglobina: 10.5, plaquetas: 313 000



- Glucosa: 99, urea: 13, creatinina 0.59
- VDRL: no reactivo
- VIH: no reactivo
- Hepatitis B – HbsAgA: negativo
- Estudio de líquido ascítico:
  - o Color: rojizo
  - o Aspecto: turbio
  - o Recuento de leucocitos: no se puede contar
  - o Proteínas: 3.99 (VN menos de 3)
  - o Glucosa: 49
- Alfa feto proteína: 2.5 ng/mL (0.0-7.0)
- CEA: 4.0 ng/mL (0.0-3.4)
- Examen de orina:
  - o Cél. Epiteliales: 5-8 x c
  - o Leucocitos: 15-20 x c
  - o Hematíes: 40-50 x c
  - o Cristales: no se observa
  - o Gérmenes: 2++
  - o Píocitos: no se observa
- Ecografía abdominal:
  - o Signos ecográficos sugestivo de masa de aspecto quístico anexial derecho (imagen gigante de aspecto quístico anecoico de paredes delgadas, contenido homogéneo sin tabiques, mide 14.7 x 13.8 x 10.1 mm, hace un volumen aproximado de 1080 cc) en relación probable a cistoadenoma seroso.
  - o Requiere evaluación por especialidad, y tomografía abdomino-pélvica de acuerdo a criterio clínico.
- Prepara y pasar a SOP

#### Diagnósticos:

1. Quiste Anexial a Pedículo torcido
2. Abdomen agudo quirúrgico

#### Tratamiento:

- NPO
- ClNa 9% x 1000cc XXX gotas
- Omeprazol 40mg EV c/24 hrs
  - o Metamizol 1.5mg EV c/8hrs
  - o Escopolamina 20mg EV c/8hrs
  - o ClNa 9% x 100cc EV c/8hrs
- Dimenhidrinato 50 EV PRN
- Metoclopramida 10mg EV c/8hrs
- CFV

#### Evolución:

Paciente post laparotomía exploratoria + quistectomía derecho, encontrándose en el anexo derecho quiste de 20 x 18 cm con torsión de su pedículo, sangrado de 100cc, se encuentra estable, refiriendo leve dolor en región operatoria, niega otras molestias. Al pasar 24 horas, paciente negaba molestias, al examen físico la herida quirúrgica estaba afrontada, sin secreciones ni sangrado, solo escaso sangrado vaginal, por lo que se decide dar de alta.

#### **Rotación de Pediatría**

Las competencias mencionadas en el sílabus del internado correspondiente a la rotación de Pediatría son las siguientes:

- Identificar, aplicar, proponer y juzgar las alternativas de solución a los problemas pediátricos, neonatológicos y éticos, considerando la prevención y promoción de la salud.

En cuanto a los componentes, se tiene las siguientes capacidades:

- Aplicar principios éticos y conceptos básicos de medicina basado en evidencias en el manejo del recién nacido, con respeto al ser humano reconociendo sus derechos y deberes, promoviendo la prevención.
- Aplicar principios éticos y conceptos básicos de medicina basada en evidencias en el manejo del niño y del adolescente, con respeto al ser humano reconociendo sus derechos y deberes, promoviendo la prevención.
- Aplicar principios éticos y conceptos básicos de medicina basada en evidencias en emergencias y urgencias pediátricas, con respeto al ser humano reconociendo sus derechos y deberes, promoviendo la prevención.

En ese sentido, de acuerdo con las competencias contenidas en el sílabus correspondiente, se presentará los siguientes casos:

Caso 7:

Relato:

Lactante de 6 meses de edad de sexo femenino, acude a consulta para atención en Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI). Es traída por madre que refiere que actualmente está sana.

Examen físico:

- Aparente regular estado general, aparente regular estado de nutrición, aparente regular estado de hidratación, afebril, no se observan signos de alarma. Lactante alerta, percibe estímulos, con las siguientes funciones vitales:
  - T°: 36.3°C    FC: 92 x min    FR: 43 x min    Peso: 9.300 kg    Talla: 67 cm
- Piel: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar menor 2 seg. No signo de pliegue, fontanelas normotensas.

- Cardiovascular y tórax: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos; murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Abdomen: RHA (+), blando y depresible, no doloroso a palpación, no masas palpables.
- Sistema nervioso central: EG 15/15

#### Indicaciones:

- Continuar el inicio de ablactancia
- Actualización de vacuna APO 2 gts VO – 3era dosis
- Actualización de vacuna pentavalente 0.5 ml IM en MI izquierdo – 3era dosis
- Realizar descarte de anemia: 9.4 gr/dl
- Orientación post vacunas
- Proporcionar alimentos balanceados hiperproteicos varias veces al día

#### Diagnóstico:

1. Anemia moderada

#### Tratamiento

- Sulfato Ferroso gotas 25mg/ml (dosis máx 3mg/kg/día): 22 gotas

#### Evolución:

Se inició tratamiento para anemia, vino a control al mes para recibir su próximo frasco, se debió realizar tamizaje del mes, sin embargo, no se le hizo. Regresó a los 2 meses para segundo tamizaje y nuevamente no se le realizó, el peso en aquel momento era de 9.850 kg, se siguió administrando el tratamiento. Para su último control de tamizaje, vino a los 3 meses próximos, pesaba 9.580

kg y talla: 74.8, se le realizó último control de Hb, resultado de 12.2 gr/dl, al estar al 6to mes de tratamiento, se decide dar de alta y evolución favorable.

### Caso 8:

#### Relato:

Lactante mujer de un mes y 17 días de nacida, acude a consulta por presentar vómitos intensos después de comidas con 3 días de evolución. Madre refiere haberle dado leche antirreflujo que una vecina le indicó. Las heces son duras cada día o interdiario. Niega otros síntomas.

Antecedentes personales y familiares: primera hija, niega enfermedades en la familia.

#### Examen físico:

- Aparente regular estado general, aparente regular estado de nutrición, aparente regular estado de hidratación. Afebril, alerta, percibe estímulos, presenta las siguientes funciones vitales:
  - T°: 36.5°C    Peso: 4.640 kg
- Piel: tibia, hidratada y elástica. Piel rosada, signo de pliegue negativo. No se palpan adenopatías, fontanelas normotensas.
- Cardiovascular y tórax: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos; murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Abdomen: RHA (+), blando y depresible, no se palpan masas.
- Sistema nervioso central: tono y fuerza muscular normal, EG 15/15

#### Exámenes auxiliares:

- Ecografía abdominal completa: Estenosis hipertrófica de píloro.

Diagnóstico:

1. Estenosis hipertrófica de píloro (EHP)

Tratamiento:

Cirugía planteada: piloromiotomía extramucosa

Evolución:

Paciente derivada a establecimiento de mayor complejidad para cirugía, debido a que el caso llegó a primer nivel de atención.

## **CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA**

La importancia del contexto en el que desarrolló el internado médico, destaca las capacidades del interno a adaptarse a diferentes situaciones, como lo fue la pandemia de la COVID-19.

Las rotaciones en las diferentes especialidades se dieron al azar, siendo la primera rotación del internado médico: cirugía, el 5 de julio de 2021. Este se realizó durante el periodo de pandemia en el Hospital Rezola - Cañete, hospital de referencia de nivel II-2, ubicado en Calle San Martín N° 110-120-124-128 – San Vicente de Cañete, que cuenta con 14 especialidades, 7 consultorios externos, 2 salas de operaciones y 97 camas de hospitalización distribuidos en los servicios de UCI-adulto, UCI-neonatología, ginecología-obstetricia, cirugía, medicina interna y pediatría(2), además cuenta con 2 ambulancias urbanas tipo III; fundado en el año 1955 por la por la sociedad de beneficencia pública de Cañete(7).

Debido a la pandemia por COVID-19, el Hospital Rezola tuvo la necesidad de ampliar sus instalaciones en el Coliseo Lolo Fernández, como apoyo complementario, por el incremento de casos que se reportaron en la provincia de Cañete(8).

Los deberes del interno varían según el servicio. Para la especialidad de cirugía había que ser necesariamente ser pro activo. Comienza en el pase de visita médica por las mañanas, exponiendo los casos clínicos y poniendo en práctica la experiencia de curaciones y desbridamiento de heridas en caso de ser necesario, luego acelerar el trabajo mediante el llenado de recetas, formatos en caso de altas médicas y programaciones para algún procedimiento quirúrgico.

Acto seguido, el interno se traslada a las instalaciones de urgencia y emergencia, que en el caso del nosocomio, está ubicado en los exteriores, con carpas acondicionadas para la atención a pacientes sin afección por COVID-19(9), se recibe al usuario y se realiza para historia clínica pertinente según el caso. Dentro de las patologías más frecuentes que ingresaban al

hospital fueron: hernias, síndromes obstructivos, patologías vesiculares y apendiculares, policontusos y politraumatizados. Se desenvuelve aplicando los conocimientos adquiridos, y hace efectivo los procedimientos de laboratorio según requiera el paciente, para así poder agilizar el tratamiento que se requiera.

Si bien es cierto el actual reglamento de internado especifica que se realizará un turno especial diurno de 7:00 a 19:00 horas(10), muchos internos de manera voluntaria se deciden quedar a guardias nocturnas con la intención de ampliar conocimientos y ganar más experiencia. En estas guardias lo que se ve frecuentemente es el ingreso de pacientes por accidente de tránsito.

Finalmente, pero no menos importante, es el uso de los EPPs, ya que, se manipularán fluidos como secreciones hemáticas, serosas, purulentas, etc; además de atender con prioridad la emergencia, y una vez ya no corra peligro la vida del paciente, poder realizar una prueba de descarte de COVID-19.

La segunda rotación que se realizó fue de Medicina Interna, hecha en el Centro de Salud San Luis, nivel I-3, ubicado en pasaje Santa Bárbara – San Luis, consta de un personal de 49 integrantes, entre ellos médicos, cirujano dentista, psicología, obstetra, enfermeras, técnicos en farmacia y enfermería, trabajador social, chofer de ambulancia, etc(11). Pertenece a la micro Red San Vicente, y ésta a la Red Cañete Yauyos.

Aquí el interno de medicina cumple funciones de atención primaria en salud junto al médico de turno realizando una buena anamnesis, ahondando en los antecedentes patológicos y familiares, examen físico, en conclusión: se realiza medicina familiar y preventiva(12), además colabora con los procedimientos que se le encomienden: suturas, retiro de puntos, limpieza de heridas, etc.

Es justamente el primer nivel de atención el que tiene mucho más riesgo de contagio de COVID-19 al personal de salud. Esto a causa de que los pacientes recurren al centro de salud por sintomatología leve como: rinorrea, cefalea, faringitis, fiebre, etc; y finalmente dan positivos a la prueba antigénica para SARS-CoV-2, haciéndoles seguimiento clínico al afectado y sus contactos de forma diaria(13). Se recalca nuevamente la importancia del EPP.



Para la rotación de Ginecología-obstetricia, nuevamente se retornó al nosocomio, esta vez la función del interno cambió levemente. Dentro del servicio todo se mantiene en orden según las funciones que cada uno cumple.

En el caso del interno, realiza dos pases de visita médica, el primero a las 6:30 a.m. para evaluar pacientes con posibilidad de alta, llenado correcto de recetas médicas y los formatos de alta: epicrisis, FUA y contrarreferencia. La segunda visita médica es a las 8:00 a.m. para controlar a las pacientes que aún continuarán en hospitalización y agilizar documentación para sala de operaciones según sea el caso.

Terminado el pase de visita, cada interno tenía una función distinta: hospitalización, emergencia, centro obstétrico, consultorio externo de obstetricia y consultorio externo de ginecología. Los que se encontraban en hospitalización evaluaban a las pacientes durante el día, de ser necesario, realizaban curaciones de las incisiones quirúrgicas afrontadas para evitar infecciones, además de instruir a la paciente al cuidado de esta.

Los internos de emergencia recibían a las pacientes ginecológicas y/o gestantes para su rápida evaluación y decisión de intervención quirúrgica u hospitalización, algunos procedimientos que se realizan son el tacto vaginal, especuloscopia, medición de altura uterina, escuchar latidos cardiacos fetales y maniobras de Leopold, algunas veces con apoyo de los internos de obstetricia.

Generalmente, las patologías que más se observaban por el servicio eran abortos incompletos, placentas previas, preeclampsia, entre otras.

Para la atención de partos eutócicos en servicio de ginecología y obstetricia, se tiene un acuerdo que consistía en lo siguiente: desde las 8:00 hasta las 19:00 horas, los dos primeros partos eran para las internas de obstetricia; el tercero, para el interno de medicina.

Para culminar, la cuarta rotación fue de Pediatría, realizada en el centro de salud. La tercera ola se hacía presente, los casos de COVID-19 aumentaron y con la variante Omicrón muchos del personal de salud dieron positivo, incluidos internos. Aquí se comprobó la eficacia de las vacunas en las

personas inmunizadas con dosis completas, pues solo presentaban enfermedad por coronavirus leve, disminuyendo así las complicaciones y muerte(14).

En esta situación, los pacientes pediátricos no eran la excepción a la enfermedad, llegaban a la consulta refiriendo cuadros de deposiciones líquidas, fiebre y rinorrea. Se debió tener en cuenta la preocupación de los padres ante la salud del menor, instruyéndolos y calmándolos para que no mediquen en vano al paciente (que muchas veces suelen hacer).

Es en el primer nivel de atención donde se debe educar al paciente sobre la historia natural de la enfermedad, haciéndolos descartar la idea de que con medicamentos a las 24 horas se solucionará el cuadro patológico, o que para aliviar los síntomas de alguna patología es mejor aplicar inyectables, en especial si son antibióticos(15). Muchos son los casos de resistencia a medicamentos de primera línea, quedando el personal de salud impedido a tratar una infección leve.

### **CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

A continuación, se sustentarán los casos clínicos expuestos en el Capítulo I:

#### Caso 1:

Paciente femenina de 42 años con muy probable diagnóstico de Diabetes Mellitus. Se menciona que la prevalencia de diabetes en los últimos años en Perú ha aumentado, registrándose aproximadamente 2 diabéticos por cada 100 personas al año(16). Los factores de riesgo que tiene la paciente son el sexo, el IMC y antecedentes patológicos familiares de diabetes mellitus; esto concuerda con el estudio hecho por J. Vega y D. Mirabal donde los mismos antecedentes fueron considerados y encontrando que la media de edad con más riesgo era en mujeres de 40-49 años, y que la comorbilidad que tuvo más predominio fue el sobrepeso y obesidad(17).

Otro estudio que refuerza el hecho es el realizado por C. Jácome, M. Lopes, J. Santos, et al, que concluyen que existe una asociación significativa entre el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 con IMC alto, inactividad física, mala dieta, historia de glucosa alterada y antecedentes familiares con DM(18).

Hubiese sido importante que la paciente teniendo conocimiento de sus factores de riesgo, haya acudido antes por ayuda preventiva, ya que las modificaciones en el estilo de vida (ejercicio físico y cambios en la dieta) previenen considerablemente la incidencia de diabetes, sumado también a terapia farmacológica educativa(19). En el primer nivel de atención puede usarse el cuestionario FINDRISC, siendo una herramienta sencilla con preguntas que tienen una cantidad de puntaje según la respuesta, demostrando que permite identificar a individuos que tengan alto riesgo para desarrollar diabetes mellitus(20).

Los síntomas que más característicos de las personas diabéticas son la polidipsia, poliuria, pérdida de peso y pocas veces la polifagia; además de astenia, visión borrosa, etc(21), compatibles con el caso clínico.

En esta oportunidad, la paciente se encuentra estable, a pesar del nivel elevado de glucosa capilar: 295, sin embargo si no es consciente de su

enfermedad y no es responsable con el tratamiento, tendrá complicaciones agudas de diabetes mellitus tales como cetoacidosis diabética o estado hiperosmolar y/o crónicas como pie diabético, retinopatía diabética, nefropatía diabética, etc(22).

La justificación para el pedido de examen de orina a la paciente es por las infecciones urinarias que se puedan hallar incidentalmente. E. Lucas, C. Franco y M. Castellano mencionan lo mismo en un estudio hecho en Ecuador, hallando como causal más frecuente al *E.coli* en pacientes diabéticas sexualmente activas(23). Esto también se relaciona al hecho que la infección urinaria es la segunda causa como factor precipitante para crisis hiperglucémicas(24).

Según la GPC para diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención(25), el manejo consistirá en la aplicación de las medidas generales y preventivas (recomendaciones sobre la educación a la persona con DM 2, recomendaciones nutricionales, actividad física, tabaco, riesgos ocupacionales y vacunación); y la terapéutica farmacológica con medicamentos orales de primera línea (iniciar con metformina o glibenclamida).

Al llegar la paciente a un centro nivel I-3, se envía de referencia a establecimiento de mayor complejidad por cumplir criterios, como no contar con profesional licenciado en nutrición, por requerir atención por médico especialista en oftalmología y endocrinología(25).

### Caso 2:

Paciente varón de 34 años con diagnóstico de enfermedad por coronavirus. Actualmente se ve manifiesto que las personas vacunadas con tres dosis de COVID-19 no se enferman o tienen una infección leve(26). Las vacunas funcionan, pero debido a la variante Omicrón se están presentando aumento de casos, y esta es llamada tercera ola. La sintomatología suele ser variada, lo más frecuente: fiebre, tos, fatiga, anorexia, disnea y mialgia(27), salvo la disnea, el resto es compatible con el caso clínico.

Los factores de riesgo que presenta el paciente es ser hipertenso, C. Aquino y col reportan que la principal comorbilidad crónica en pacientes COVID-19 son las enfermedades cardiovasculares(28). Además, el paciente suspendió el tratamiento antihipertensivo por los síntomas, sin embargo, no se ha establecido que estos medicamentos se asocien a mayor riesgo de la enfermedad, a pesar de que la ECA-2 sea el receptor del SARS-CoV-2, no hay evidencia que lo justifique(29), con la detención del tratamiento solo se buscará el empeoramiento del cuadro hipertensivo.

Las pruebas antigénicas, o llamadas pruebas rápidas (por dar resultados en 15-20 minutos), son realizadas por hisopado nasofaríngeo y diagnostican infección activa en personas con carga viral elevada y riesgo de transmitir infección. Son muy precisas, pero no tan sensibles como las pruebas moleculares(30). Otra prueba auxiliar que tiene papel importante en esta patología es la radiografía de tórax, que si bien no se le indicó al paciente por tener sintomatología leve, E. Martínez y col. mencionan que permite hacer el seguimiento del curso de la enfermedad, para así determinar la gravedad de la afección pulmonar(31).

La GPC: manejo de COVID-19 recomienda que la terapéutica a considerar sea la de tratamiento sintomático ambulatorio para el manejo de fiebre, dolor de garganta, cefalea, tos seca, rinorrea y/o mialgias(32). Esto va acorde con el manejo del paciente que solo recibe paracetamol (fiebre), acetil cisteína (flema) y dextrometorfano (tos).

### Caso 3:

Paciente femenina menor de edad, acompañada de apoderado, con diagnóstico abdomen agudo quirúrgico con post operatorio de apendicitis aguda perforada plastronada. El abdomen agudo es un dolor brusco que se produce dentro de las 48-72 hrs y puede deberse a patologías abdominales como extraabdominales, motivo muy frecuente de ingreso por emergencia(33).

Al ser una paciente mujer en edad fértil, surge la importancia de realizar los diagnósticos diferenciales pertinentes, es por eso que se le programa para una interconsulta para ginecología. Padrón G concluye en su investigación de tipo retrospectivo, observacional, de tipo cohorte, hecha en México, que existe una incidencia del 15% de falla diagnóstica para apendicitis aguda en mujeres de edad fértil, hallando que de un total de 126 mujeres intervenidas quirúrgicamente por "apendicitis", 19 eran por patología ginecoobstétrica y se les realizó apendicectomía profiláctica(34).

En los pacientes adultos jóvenes que refieren dolor abdominal difuso, no muy bien definido, siempre necesario descartar apendicitis aguda (AA) como primer diagnóstico, y si es mujer, interrogar antecedentes ginecológicos(35).

La etiología en menores de edad suele ser dada por hiperplasia linfoide, en adultos por fecalitos, ambos desencadenan una obstrucción en la luz apendicular y por ende, de apendicitis(36).

En el caso clínico, la paciente tiene un puntaje por escala de Alvarado de 6 puntos (Observación, ultrasonido/TAC). Esta escala, junto con la de RIPASA y otra elaborada por J Hernández-Orduña, mostraron buena sensibilidad para diagnosticar AA, pero la escala propuesta presentaba mayor exactitud diagnóstica que favorecía a realizar menos laparotomías blancas(37).

I. Natividad y col en un estudio descriptivo, observacional, analítico, prospectivo, no experimental, con muestra de 147 pacientes mayores de 14 años postoperados de AA, refiere que el sexo masculino y la automedicación se asocian a apendicitis aguda complicada (gangrenada o necrótica, y perforada)(38), en ese caso, el sexo de la paciente funcionaría como factor protector; mientras que la automedicación con analgesia, factor de riesgo por alargar el tiempo entre inicio de síntomas y la intervención quirúrgica. Con esto también concuerda García J y Hernández JL con su estudio retrospectivo, observacional, de casos y controles, en México, donde concluyen que el retraso en la atención por medicación previa juega un papel importante en la perforación del apéndice, donde aumenta en 23 veces el riesgo(39).

En la institución hospitalaria donde se llevó la rotación de cirugía, la intervención a pacientes COVID, no era impedimento para dejar de lado el tratamiento quirúrgico por el tratamiento médico conservador tal como lo expone Suwanwongse K y col y el uso de antibióticos intravenosos como manejo alternativo en pacientes COVID-19(40), en buena hora, este no fue el caso de la paciente del caso clínico.

Sin embargo, la pandemia pudo haber interferido en el progreso de la apendicitis complicada que resultó. Achaval M y col resaltan una comparación entre paciente pre pandemia y en el periodo posterior a esta donde en este último presentan casos de apendicitis más avanzada, debido al miedo de asistir a un nosocomio(41).

A causa que la ayuda complementaria no era clara, y aún existía duda diagnóstica, se justifica realizar laparotomía exploratoria(42). Lo que se encontró en sala fue plastrón apendicular con apéndice cecal de +/- 10cm perforado en 1/3 distal con coprolito en 1/3 proximal, aspiración de líquido purulento.

Se sabe que la cirugía laparoscópica vs cirugía convencional tiene muchas ventajas, entre ellas el riesgo de infección de sitio operatorio (ISO) y la estancia corta en hospitalización(43), sin embargo, la paciente evolucionó al tercer día y fue dada de alta.

#### Caso 4:

Paciente femenina de 40 años con diagnóstico de colecistitis crónica reagudizada. En la colecistitis crónica existen cambios de la pared vesicular a causa de cálculos (generalmente de colesterol) que impactan en el bacinete y mantienen cuadro de dolor que dura hora o días, además de ser factor de riesgo principal de cáncer de vesícula biliar(44).

Linares E y col en su estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal y de análisis estadístico univariado, encuentra prevalencia ecográfica abdominal de colecistitis en un hospital en Amazonas de 35.75%, además a predominio del sexo femenino (67.8%) en

edades de 31 a 59 años(61%)(45). Estos 3 parámetros se encuentran en la paciente del presente caso clínico.

El cuadro clínico suele ser asintomático, pero cuando lo hay, prevalece el dolor abdominal agudo en hipocondrio derecho con irradiación a la espalda que puede ceder o no a analgésicos, se acompaña náuseas/vómitos y fiebre entre 37.5°y 39°(46).

Un hallazgo en los exámenes de laboratorio es la dislipidemia como segundo diagnóstico, y sin duda este es un factor de riesgo importante en el cuadro de colecistitis, tal como lo concluye Diaz-Rosales J y col en un estudio transversal de enero a diciembre de 2018 en un hospital mexicano con pacientes femeninos entre 18-65 años, la hipertrigliceridemia (51.5% de los casos) actúan como riesgo de severidad de padecer colecistitis grado II(47).

Si se usa las guías de Tokio, obtenemos los siguientes resultados: diagnóstico definitivo (A+B+C) y grado II (moderado). En este caso, la GPC nos menciona que cuando es leve o moderada, se recomienda la colecistectomía laparoscópica dentro de los 7 días después al inicio de los síntomas(48). Sin embargo, en el centro hospitalario solo se cuenta con anestesia epidural, lo que dificulta el tratamiento de intervención quirúrgica y suele ser diferida.

#### Caso 5:

Paciente gestante de 36 años con diagnósticos de gestación de 37 ss 3/7 por ecografía I trimestre, preeclampsia severa (PA: 160/100); y post operatorio: Desprendimiento prematuro de placenta. El ingreso de esta paciente al hospital fue abrupto, presentó sangrado abundante desde hace 1 hora, ingresó directamente a sala de operaciones.

La mortalidad materna siempre ha sido de preocupación para la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, por lo que desde 1969 se publican artículos sobre las posibles causas, en primero lugar sobre preeclampsia, y en 5to lugar, hemorragia de la II mitad del embarazo(49).



Según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, hasta el año 2020, la primera causa por defunción materna fue por trastornos hipertensivos(50).

El desprendimiento prematuro de placenta, como su nombre lo dice, sucede antes del parto. Ocurre cuando al inspeccionar la placenta, se observa un coágulo sobre el lecho placentario, con clara separación del tejido placentario subyacente(51). Dentro de los factores relacionados al desprendimiento está la edad materna, tabaquismo, hipertensión crónica, preeclampsia leve y severa; y para el diagnóstico la triada clásica sangrado vaginal oscuro, dolor abdominal e hipertoniá uterina(52). Estos síntomas concordaban con la sintomatología de la paciente.

En el manejo en pacientes gestantes inestables con feto vivo, la cesárea de emergencia es la mejor opción, sobretodo porque el parto vaginal no es inminente. Se requiere control rápido del sangrado debido a la inestabilidad hemodinámica o coagulopatía significativa, además de realizar reposición sanguínea antes y durante la cesárea(53).

En el post operatorio se reporta haber encontrado DPP de 40%, con esta información añadida se puede categorizar en una de las 3 clases que existen: grado I (leve sangrado, actividad uterina anormal, FCF normal, placenta < 30%, etc), grado II (moderada hemorragia, contracciones palpables, FCF disminuidas, placenta entre 30-50%, etc), y grado III (hemorragia grave, útero doloroso y tetánico, muerte fetal, hipotensión, placenta >50%, etc)(51); perteneciendo el caso a un grado II.

El pronóstico a largo plazo para las pacientes con antecedente de DPP son las complicaciones con enfermedades cardiovasculares futuras, en estudios de cohorte que por cada 1000 nacimientos con DPP, la tasa de morbilidad más mortalidad por ECV era de 16.7%(53).

#### Caso 6:

Paciente femenina de 17 años con diagnóstico de quiste anexial a pedículo torcido.

Como se mencionó anteriormente en el caso 3, el abordaje del abdomen agudo quirúrgico tiene que respaldarse en un descarte ginecológico, ya que puede tratarse de un embarazo ectópico, salpingitis aguda, quistes ováricos (torcidos, hemorrágicos, rotos), abortos complicados, etc(34).

El dolor pélvico agudo suele ser frecuente en los servicios de urgencia, según lo menciona Rivera A y col. Establecer diagnósticos diferenciales es lo que todo buen médico debe realizar, y como apoyo diagnóstico principal se tendrá a la ecografía como técnica no invasiva, accesible y rentable, y con resultados precisos(54).

Las masas anexiales/ováricas pueden ser orgánicas y/o funcionales. Se suelen diagnosticar en un contexto de urgencia, a cualquier edad durante la infancia o adolescencia(55).

La frecuencia con la que ocurre la torsión del pedículo del quiste suele producirse del 15-20% de todos los tumores ováricos, además que clínicamente no se puede distinguir si es maligno o benigno(56). Ecográficamente se puede encontrar características de malignidad, incluyen las reglas de IOTA): componente sólido no hiperecoico con flujo sanguíneo, tabiques, ascitis, masas peritoneales o ganglios agrandados, quiste simple de más de 10cm(57).

La sintomatología puede variar según el caso, pueden ser asintomáticos o presentar síntomas como dolor o presión pélvica, molestias gastrointestinales, disuria o polaquiuria, dismenorrea, dispareunia, fiebre, y sangrado uterino anormal(58)

El uso de biomarcadores séricos en las masa anexiales es aún un tema de investigación, ninguno es altamente sensible y específico para cáncer de ovario epitelial, generalmente se usan en combinación con otros hallazgos (Ejemplo: ecografía)(59).

Como menciona Rondón-Tapia M y col, la laparoscopia es el tratamiento de elección y diagnóstico en la torsión, la resección de la tumoración sería necesaria para evitar la recurrencia. La limitación para este procedimiento es el tamaño del quiste (generalmente en menos de 10 cm)(60)

Existe también la posibilidad de dar manejo conservador, esto más que todo en gestante con torsión a pedículo torcido, se trata de la punción-aspiración bajo guía ecográfica(61). Aunque, al final, se deja el quiste in situ con un tamaño menor.

Considerar la conservación de la fertilidad para pacientes jóvenes, pero será necesario un seguimiento estricto(60).

### Caso 7:

Lactante femenina de 6 meses con diagnóstico de anemia moderada.

En el Perú, la anemia infantil es un problema de salud pública hasta la actualidad. No ha habido mayores cambios en los últimos 5 años, y esto afecta directamente en el desarrollo psicomotor del menor(62).

Si bien es cierto que la menor nació en Cañete, que pertenece a Lima, existen zonas del interior del país como Puno, ocupando el primer lugar en prevalencia de anemia (7 de cada 10 tiene anemia)(63).

El primer centro de atención donde acuden las madres con sus recién nacidos para tamizajes son los centro de primer nivel de atención, es aquí justamente donde se detectan la mayoría de casos de anemia y es donde se debe actuar.

La mayoría de estos son de grado moderado, afectando a niños entre 6 a 36 meses de edad, tal como lo menciona Fajardo-Pantoja S en su estudio descriptivo hecho en el distrito de San Martín de Porres, en Lima Norte. Se sugiere continuar con las visitas domiciliarias para asegurar continuidad del tratamiento y así evitar el abandono.

La mayoría de la población pediátrica afectada por anemia, suelen ser de áreas rurales y en la selva, de sexo masculino, bajo peso al nacer, de madres adolescentes, madres sin ningún nivel de instrucción, habitan por encima de 3000 metros de altitud(64). Estos factores también influyen en la adherencia al tratamiento y el abandono de este, tal como o menciona Medina M y col, donde las madres de los niños abandonan el tratamiento por factores

socioculturales, de conocimiento e institucionales en niños menores de 3 años(65).

La Norma Técnica-Manejo terapéutica y preventiva de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas(66), nos dice que para este caso, el tratamiento será con hierro para niños de 6 a 11 meses de edad con anemia leve o moderada. Consiste en dosis de 3mg/kg/día de jarabe o gotas de sulfato ferroso, o complejo polimaltosado férrico, durante 6 meses continuos y con controles de hemoglobina al mes, a los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento.

Finalmente, además del tratamiento dirigido, es importante la fortificación con alimentos saludables, que han dado efectividad en muchos países de América Latina y puede implementarse en el Perú(62).

#### Caso 8:

Lactante femenina de 1 mes y 17 días de nacida con diagnóstico de estenosis hipertrófica de píloro. Para investigar las causas, es necesario indagar sobre los antecedentes prenatales y actuales. La EHP en lactantes suele ser común, se propone que es de etiología multifactorial, que también incluyen factores ambientales y genéticos(67). El distrito de San Luis es una zona altamente agrícola, y es frecuente el uso de pesticidas, A. Troya y col. encontraron correlación significativa respecto al uso de plaguicidas como factor de riesgo para EHP(68), no sabemos si la madre de la paciente estuvo expuesta, pero sin duda es importante considerar esta posible etiología al igual que la mencionada a continuación: uso de macrólidos durante la gestación.

A medida que los años pasan, se adquieren más conocimientos, en este caso, que no solo el uso de eritromicina ahora es asociado a EHP, sino también la azitromicina. Si la exposición se dio en las primeras 2 semanas, la asociación es más fuerte y va disminuyendo entre las 2 y 6 semanas de edad(69). Las formas de exposición: dar medicamento directamente al lactante o a través de la leche materna(70).

En el caso de la paciente también encontramos un factor protector: el sexo femenino. El factor genético influye de manera significativa, y es que se encontró fuerte asociación entre EHP y el sexo masculino con predominio de casi 5 veces(71).

En EHP el síntoma más característico es el vómito post prandial inmediato, muchas veces en proyectil y no bilioso(72), compatible con el caso. Adicional a esto podemos encontrar deshidratación, alteraciones metabólicas, hidroelectrolíticas y desnutrición.

Para el médico general se puede convertir en un reto hallar el diagnóstico de EHP, sin embargo tenemos el apoyo de estudios complementarios, en este caso el más inocuo: la ecografía abdominal(67), importante en el primer nivel de atención. El ultrasonido tiene mejor significación estadística en comparación con la radiografía de abdomen contrastado por ser inofensiva, económica y rápida para el diagnóstico(73).

Hasta la actualidad, el mejor tratamiento para la EHP es la quirúrgica (piloromiotomía descrita por Ramstedt), desplazando a cualquier otro manejo(74), esto justifica la referencia hecha a un establecimiento de mayor complejidad, para la resolución de la patología de la paciente.

## **CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

El interno es parte fundamental en el ámbito hospitalario, muchas veces será el primer contacto que tenga el paciente con el personal de salud. En él está establecer una buena relación médico-paciente, será responsable de la recopilación de una buena historia clínica que se entregará a los médicos residentes y asistentes para la realización de las actividades hospitalarias que se requieran.

Parte de los deberes es garantizar que la hospitalización de los pacientes sea la más adecuada, por eso, son importantes los pases de visita médica por las mañanas, donde se nos aclararán las dudas terapéuticas y diagnósticas que tengamos, esto por parte de la experiencia laboral que los médicos docentes.

Así mismo, es necesario fortalecer buenas relaciones con los colegas internos, y sumar estrategias para la superación académica. Cabe resaltar que también es importante mantener la buena cordialidad con el personal de trabajo, esto incluye al personal de enfermería, técnico y de obstetricia. No todo es perfecto, siempre habrá malos entendidos, conflictos y discusiones por discrepancias que se puedan tener con el entorno laboral, pero esto no tiene por qué afectar, de ninguna manera, a los pacientes que tenemos a nuestro cargo.

Estamos viviendo aún las consecuencias que está trayendo consigo la pandemia por COVID-19. Los cambios se vieron reflejados en la mayor seguridad por parte del personal de salud para evitar contagiarse, quizás también la interacción con el paciente ha sido afectada, pero el interés por querer ayudarlos a restablecer su salud nunca disminuyó.

Para quien escribe el presente informe, ha sido una experiencia totalmente nueva realizar un internado médico en el primer nivel de salud. Es completamente diferente a las rotaciones en un hospital, realmente se ve contrastada la forma de atención y terapéutica al paciente.

Muchas veces fue complicada por la insuficiencia de determinado equipo o insumo (ecógrafo, reactivos en laboratorio, etc), u otros factores, pero, aun así, se hicieron los mejores esfuerzos para atender a las personas. Esta

experiencia sin duda servirá para lo próximo en venir: el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS)

## CONCLUSIONES

- El internado médico para el estudiante de medicina es una de las etapas más importantes para su formación como profesional de la salud, pues es donde va a aplicar todos sus conocimientos que obtuvo en su vida universitaria, la práctica clínica que adquirió en los distintos establecimientos de salud y consolidará distintas metodologías y enseñanzas de todos los médicos de los distintos servicios de los hospitales en los cuales rotó anteriormente. El interno se desenvolverá en las distintas especialidades de Medicina Interna, Cirugía, Ginecología-Obstetricia y Pediatría, con supervisión de sus médicos docentes para poder desarrollar las competencias que todo próximo médico cirujano debe tener y poder afrontar su próxima meta: el SERUM.
- Actualmente, la realidad es un poco distinta a la de otros años. Sin embargo, la dedicación y las ganas por aprender no deben faltar, no se debería ver como un obstáculo para la formación del médico, sino como un reto.
- La parte esencial consiste en aprender sobre el trato humano que un profesional de salud debe brindar, la relación médico-paciente se verá fortalecida, valorará las palabras de agradecimiento, afrontará con madurez el dar la noticia de un paciente grave o fallecido. Será más empático y humano, esto lo ayudará a crecer tanto moralmente como profesionalmente.



## **RECOMENDACIONES**

El ingreso de un alumno de último año de la carrera de medicina humana hacia el internado médico en un establecimiento de salud es un reto, mucho más en la actualidad donde se vivió una breve detención de las actividades presenciales y se pasaron a las actividades en línea.

Se ha recorrido un nuevo camino por el cual hubo mucha incertidumbre en lo que iría a pasar con el futuro del interno de medicina. En este sentido, el tiene que prepararse aún más para adaptarse a los cambios que el destino tiene para él y no quedarse desactualizado.

Se recomienda que se informe sobre las diferentes actividades, labores administrativas y, ahora más que nunca, en las medidas de bioseguridad para proteger a los usuarios y trabajadores del establecimiento de salud al que pertenecerá. Finalmente, siempre debe estar preparado para la próxima rotación al servicio que se le asigne, y así realizar un adecuado cumplimiento de sus labores.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Universidad de San Martín de Porres. Reglamento de Internado Médico [Internet]. [citado el 19 de febrero de 2022]. Disponible en: [http://medicina.usmp.edu.pe/medicina/academico/departamentos/internado/REGLA\\_MENTO\\_DE\\_INTERNADO\\_2017\\_2.PDF](http://medicina.usmp.edu.pe/medicina/academico/departamentos/internado/REGLA_MENTO_DE_INTERNADO_2017_2.PDF)
2. Resolución Directoral N° 035-2018-DIRESA-L-HRC-DE [Internet]. [citado el 19 de febrero de 2022]. Disponible en: [http://www.hospitalrezola.gob.pe/pdf/resoluciones/2018/RD\\_035.pdf](http://www.hospitalrezola.gob.pe/pdf/resoluciones/2018/RD_035.pdf)
3. Decreto Supremo que prorroga la emergencia sanitaria declarada por decreto supremo N° 008-2020-SA, prorrogada por decretos supremos N° 020-2020-SA, N° 027-2020-SA, N° 031-2020-SA, N° 009-2021-SA y N° 025-2021-SA [Internet]. [citado el 20 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2780856/D.S.%20003-2022%20%282%29.pdf.pdf>
4. Defensoría del Pueblo: imposibilidad de atención en los servicios de salud de Lima es inminente [Internet]. Defensoría del Pueblo - Perú. 2020 [citado el 20 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-imposibilidad-de-atencion-en-los-servicios-de-salud-de-lima-es-inminente/>
5. Norma Técnica de Salud para el uso de Equipos de Protección Personal por los Trabajadores de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud [Internet]. [citado el 20 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.hejcu.gob.pe/servicios/biblioteca-hejcu/covid19/288-rm-456-2020-minsa-norma-tecnica-para-uso-de-equipos-de-proteccion/file>
6. Cervantes R. Papel del interno como futuro profesional de salud. Ginecología y Obstetricia [Internet]. enero de 1994 [citado el 20 de febrero de 2022];40. Disponible en: [https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol\\_40n1/papel.htm](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_40n1/papel.htm)
7. Reseña Histórica del Hospital Rezola-Cañete [Internet]. [citado el 20 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://hospitalrezola.gob.pe/paginas/resena>
8. Nota de Prensa N° 028-2020-RRPP [Internet]. [citado el 20 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://hospitalrezola.gob.pe/pdf/notasprensa/2020/n28.pdf>
9. Acondicionan zonas diferenciadas para atención de salud en carpas cedidas por el GRL [Internet]. Oficina de Relaciones Públicas y Comunicaciones. 2020 [citado el 20 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.regionlima.gob.pe/index.php/noticias/1180-acondicionan-zonas-diferenciadas-para-atencion-de-salud-en-carpas-cedidas-por-el-grl>
10. Documento Técnico: “Lineamientos para el Desarrollo de las actividades de los internos de ciencias de la salud 2021 en el marco de la Emergencia Sanitaria” [Internet]. [citado el 20 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1847805/Documento%20T%C3%A9cnico%3A%20%20Lineamientos%20para%20el%20Desarrollo%20de%20las%20actividades%20de%20los%20internos%20de%20ciencias%20de%20la%20salud%202021%20en%20el%20marco%20de%20la%20Emergencia%20Sanitaria.pdf>

11. Ortega J. Recurso Humano por Centro de Salud [Internet]. Genial.ly. [citado el 20 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://view.genial.ly/61eca169402db7001224db23/interactive-image-recurso-humano-por-centro-de-salud>
12. Internado Médico en el Primer Nivel de Atención: Currículo y Manual del Interno [Internet]. [citado el 20 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.aspefam.org.pe/series/serie5.pdf>
13. Villanueva-Carrasco R, Domínguez Samamés R, Salazar De La Cruz M, Cuba-Fuentes MS. Respuesta del primer nivel de atención de salud del Perú a la pandemia COVID-19. *An Fac Med.* septiembre de 2020;81(3):337–41.
14. Pacheco-Romero J. La incógnita del coronavirus - ¿Una tercera ola? - Vacunas y variantes virales -La gestante y su niño. *Rev Peru Ginecol Obstet* [Internet]. abril de 2021 [citado el 20 de febrero de 2022];67(2). Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2304-51322021000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-51322021000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
15. Del Toro Rubio M, Díaz Pérez A, Barrios Puerta Z, Castillo Avila IY. Automedicación y creencias en torno a su práctica en Cartagena, Colombia. *Rev Cuid.* el 1 de enero de 2017;8(1):1509.
16. Carrillo-Larco RM, Bernabé-Ortiz A. Diabetes mellitus tipo 2 en Perú: una revisión sistemática sobre la prevalencia e incidencia en población general. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* enero de 2019;36(1):26–36.
17. Riesgo de diabetes mellitus tipo 2 en la población prediabética de un consultorio médico [Internet]. [citado el 20 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cubaysalud/pcs-2018/pcs182d.pdf>
18. Jácome de Lima CL, Lopes Costa MM, dos Santos Oliveira J, Costa Ferreira TM, Lopes Ferreira JD, Do Nascimento JA, et al. Identificación del riesgo para el desarrollo de la Diabetes Mellitus en usuarios de Atención Básica de Salud. *Enferm Glob.* 2018;17(52):97–136.
19. Brauneis J, Casanova K. Estrategias de prevención: Diabetes Mellitus. *Diabetes Mellit.* 2014;33–45.
20. Avilés AGP, Rosas ERP, Bellot FT, Giles OA, Mendoza RD. Cuestionario FINDRISC FINnish Diabetes Risk Score para la detección de diabetes no diagnosticada y prediabetes. *Arch En Med Fam.* 2018;20(1):5–13.
21. Diabetes mellitus tipo 2 [Internet]. [citado el 20 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.coflugo.org/docs/2019-infografia-diabetes-abordaje-multidisciplinar.pdf>
22. Mediavilla Bravo JJ. Complicaciones de la diabetes mellitus. Diagnóstico y tratamiento. *SEMERGEN.* marzo de 2001;27(3):132–245.
23. Lucas E, Franco C, Castellano M. Infección urinaria en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: frecuencia, etiología, susceptibilidad antimicrobiana y factores de riesgo. *Kasmera.* 2018;46(2):139–51.

24. Ramos OFZ, Pimentel KLM, Fajardo KGL, Arenaza CS, Ubillús GM. Complicaciones agudas en adultos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 y 2 ingresados al servicio de emergencia de un hospital de tercer nivel. *Rev Soc Peru Med Interna*. el 10 de diciembre de 2021;34(4):196–200.
25. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención [Internet]. [citado el 21 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>
26. Las Vacunas [Internet]. Vacuna COVID Perú. [citado el 21 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://vacunacovid.pe/las-vacunas/>
27. Enfermedad de coronavirus 2019 (COVID-19) [Internet]. [citado el 21 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5368.pdf>
28. Aquino-Canchari CR, Quispe-Arrieta R del C, Huaman Castillon KM. COVID-19 y su relación con poblaciones vulnerables. *Rev Habanera Cienc Médicas* [Internet]. el 10 de junio de 2020 [citado el 21 de febrero de 2022];19. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1729-519X2020000400005&lng=es&nrm=iso&tIng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-519X2020000400005&lng=es&nrm=iso&tIng=es)
29. Ramírez-Sagredo A, Ocaranza MP, Chiong M, Riquelme JA, Jalil JE, Lavandero S. Antihipertensivos en pacientes con COVID-19. *Rev Chil Cardiol*. abril de 2020;39(1):66–74.
30. Recomendaciones para el uso e interpretación de pruebas diagnóstica para SARS-CoV-2 en el Hospital Cayetano Heredia [Internet]. [citado el 21 de febrero de 2022]. Disponible en: [http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2021/RD/RD\\_125-2021-HCH-DG.pdf](http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2021/RD/RD_125-2021-HCH-DG.pdf)
31. Martínez Chamorro E, Díez Tascón A, Ibañez Sanz L, Ossaba Vélez S, Borrueal Nacenta S. Diagnóstico radiológico del paciente con COVID-19. *Radiología*. enero de 2021;63(1):56–73.
32. Guía de Práctica Clínica: Manejo de COVID-19 [Internet]. [citado el 21 de febrero de 2022]. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/GPC\\_COVID19\\_V2\\_Julio2021.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/GPC_COVID19_V2_Julio2021.pdf)
33. Cadenas JAA, De la Torre Espí M. Diagnóstico y tratamiento del dolor abdominal agudo (abdomen agudo) en Urgencias. *Protoc Diagnósticos Ter En Pediatría*. 2020;1:197–213.
34. Padrón Arredondo G. Abdomen agudo y apendicectomías en mujeres fértiles: el papel del cirujano general. *Cir Gen*. diciembre de 2017;39(4):209–13.
35. Guía de Diagnóstico de Dolor Abdominal Agudo en Adultos [Internet]. [citado el 22 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar\\_estudiantil/guias/GB E.107.pdf](https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GB E.107.pdf)
36. Wong Pujada P, Morón Antonio P, Espino Vega C, Arévalo Torres J, Villaseca Carrasco R. Apendicitis Aguda. En: *Cirugía: I Cirugía General* [Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Lima). Facultad de Medicina. Escuela Académico Profesional de Medicina Humana. Departamento Académico de Cirugía; 1999 [citado el 22 de febrero

de 2022]. p. 674. ((Cirugía ; 1)). Disponible en: [https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo\\_i/Cap\\_11\\_Apendicitis%20aguda.htm](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_11_Apendicitis%20aguda.htm)

37. Hernández-Orduña J. Escala de mayor precisión para el diagnóstico de apendicitis aguda: análisis comparativo entre la escala de Alvarado, RIPASA y nueva propuesta. *Cir Gen.* septiembre de 2019;41(3):144–56.
38. Uruve Velazco IN, Pacheco Villa García LA, Llerena Ururi KL, Cisneros Quispe AM. Factores asociados a la apendicitis aguda complicada en un hospital pública de la ciudad de Ica, octubre 2018 - setiembre 2019. *Rev Enfermería Vanguard.* el 1 de julio de 2020;8(1):3–11.
39. García Tay JAG, Hernández Ortega JL. Factores asociados a la perforación apendicular en pacientes con apendicitis aguda. Experiencia en el Nuevo Sanatorio Durango. *Rev Fac Med México.* junio de 2013;56(3):21–5.
40. Suwanwongse K, Shabarek N. Successful Conservative Management of Acute Appendicitis in a Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Patient. *Cureus [Internet].* el 26 de abril de 2020 [citado el 22 de febrero de 2022];12(4). Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/30945-successful-conservative-management-of-acute-appendicitis-in-a-coronavirus-disease-2019-covid-19-patient>
41. Achaval M, Pratesi JP, Rapp S, Chwat C. Impacto de la pandemia por COVID-19 en los resultados del tratamiento de la apendicitis aguda: estudio observacional retrospectivo. *Rev Colomb Cir.* septiembre de 2021;36(3):487–92.
42. Abdomen Agudo.
43. Jaschinski T, Mosch C, Eikermann M, Neugebauer E, Sauerland S. Cirugía laparoscópica comparada con cirugía abierta para la sospecha de apendicitis. *Cochrane Database Syst Rev [Internet].* el 28 de noviembre de 2018 [citado el 22 de febrero de 2022]; Disponible en: [https://www.cochrane.org/es/CD001546/COLOCA\\_cirugia-laparoscopica-comparada-con-cirugia-abierta-para-la-sospecha-de-ependicitis](https://www.cochrane.org/es/CD001546/COLOCA_cirugia-laparoscopica-comparada-con-cirugia-abierta-para-la-sospecha-de-ependicitis)
44. Colecistitis Crónica [Internet]. [citado el 22 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://cirugiasanborja.cl/wp-content/uploads/2019/06/14.-Colecistitis-cronica.pdf>
45. Linares Tarrillo E, Coronel Zubiarte FT. Prevalencia ecográfica abdominal de colecistitis en el Hospital El Buen Samaritano, región Amazonas. *Rev Científica UNTRM Cienc Soc Humanidades.* el 19 de agosto de 2021;4(2):21.
46. Pérez Huitrón MA, Ocaña Monroy JL. Colecistitis crónica litiásica agudizada: una consulta frecuente en la guardia médica. *Rev Fac Med México.* agosto de 2018;61(4):35–7.
47. Morales-Polanco S, Mena-Arias G, Ortiz-Ruvalcaba OI, Díaz-Rosales J de D. Factores que condicionan severidad de colecistitis grado I vs. grado II en mujeres adultas. *Cir Gen.* 2020;42(1):6–12.
48. Aristondo FM, Moyano AB, Álvarez PP. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y manejo de la colelitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis [Internet]. Perú: Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación; 2018 p. 28. Report No.: 11.

Disponible en:  
[http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC\\_Colelitiasis\\_Version\\_Corta.pdf](http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Colelitiasis_Version_Corta.pdf)

49. Guevara Rios E. Obstetricia: Aporte de 70 años de vida institucional de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Rev Peru Ginecol Obstet. el 13 de octubre de 2017;63(3):367–83.
50. Muerte Materna - Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades [Internet]. [citado el 22 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE042021/03.pdf>
51. Venegas FC. Sangrado Vaginal III trimestre. Rev Medica Sinerg. noviembre de 2016;1(11):11–6.
52. Acuña TM. Sangrados Vaginales de la Segunda Mitad del Embarazo. Rev Medica Sinerg. diciembre de 2017;2(12):3–6.
53. Oyelese Y, MD, FACOG, V. Ananth C, PhD, MPH. Placental abruption: Management and long-term prognosis [Internet]. UpToDate. 2022 [citado el 22 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/placental-abruption-management-and-long-term-prognosis?search=desprendimiento%20placentario&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H4209495217](https://www.uptodate.com/contents/placental-abruption-management-and-long-term-prognosis?search=desprendimiento%20placentario&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H4209495217)
54. Rivera Domínguez et al. - 2017 - Dolor pélvico de origen ginecológico como patología.pdf [Internet]. [citado el 22 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/2018/2\\_mayo/esp/dolor\\_esp.pdf](https://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/2018/2_mayo/esp/dolor_esp.pdf)
55. de Lambert G, Fresneau B, Chapelière S, Mussini C, Martelli H. Masas ováricas de la niña y la adolescente. EMC - Pediatría. el 1 de junio de 2018;53(2):1–12.
56. Quiste paraovárico a pedículo torcido [Internet]. [citado el 22 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://rmedicina.ucsg.edu.ec/archivo/5.2/RM.5.2.10.pdf>
57. D. Patel M, MD. Ultrasound categorization of adnexal masses [Internet]. UpToDate. 2021 [citado el 22 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/ultrasound-categorization-of-adnexal-masses?sectionName=Malignancy&search=quiste%20anexial%20&topicRef=83704&anchor=H23239161&source=see\\_link#H23239161](https://www.uptodate.com/contents/ultrasound-categorization-of-adnexal-masses?sectionName=Malignancy&search=quiste%20anexial%20&topicRef=83704&anchor=H23239161&source=see_link#H23239161)
58. G. Muto M, MD. Approach to the patient with an adnexal mass [Internet]. UpToDate. 2022 [citado el 22 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-an-adnexal-mass?search=quiste%20anexial%20&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H2108607245](https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-an-adnexal-mass?search=quiste%20anexial%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2108607245)
59. Rand Ueland F, MD, Li AJ. Serum biomarkers for evaluation of an adnexal mass for epithelial carcinoma of the ovary, fallopian tube, or peritoneum [Internet]. UpToDate. 2021 [citado el 23 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/serum-biomarkers-for-evaluation-of-an-adnexal-mass-for-epithelial-carcinoma-of-the-ovary-fallopian-tube-or-peritoneum?sectionName=BIOMARKERS&search=quiste%20anexial%20&topicRef=83704&anchor=H2990065&source=see\\_link#H2990065](https://www.uptodate.com/contents/serum-biomarkers-for-evaluation-of-an-adnexal-mass-for-epithelial-carcinoma-of-the-ovary-fallopian-tube-or-peritoneum?sectionName=BIOMARKERS&search=quiste%20anexial%20&topicRef=83704&anchor=H2990065&source=see_link#H2990065)

60. Rondón-Tapia M, Reyna-Villasmil E, Torres-Cepeda D. Torsión de quiste paratubárico: Reporte de caso. *Rev Peru Ginecol Obstet.* octubre de 2016;62(4):463–6.
61. Maita F, Guzmán ON de, Antezana E, Céspedes G, Hochstatter E. Torsión de pedículo de quiste anexial durante el embarazo: experiencia clínica de manejo conservador, segunda parte. *Gac Medica Boliv.* el 31 de julio de 2020;43(1):7–12.
62. Zavaleta N. Anemia infantil: retos y oportunidades al 2021. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* el 11 de diciembre de 2017;34(4):588–9.
63. Lume DG. Edudatos 38: Anemia en niños: consecuencias y acciones de erradicación. [Internet]. Disponible en: [http://escale.minedu.gob.pe/c/document\\_library/get\\_file?uuid=34bb04e7-328c-496c-b0eb-d8b9bbc7e84a&groupId=10156](http://escale.minedu.gob.pe/c/document_library/get_file?uuid=34bb04e7-328c-496c-b0eb-d8b9bbc7e84a&groupId=10156)
64. Pajuelo J, Miranda M, Zamora R. Prevalencia de deficiencia de vitamina a y anemia en niños menores de cinco años de Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* abril de 2015;32(2):245–51.
65. Medina Molina M, Guzmán Calderón KA. Anemia y el abandono de micronutrientes en madres de niños menores de tres años que asisten al centro de salud público - 2019 [Internet]. [Lima]: Universidad Interamericana; 2019. Disponible en: <http://repositorio.unid.edu.pe/bitstream/handle/unid/62/26%20GUZMAN%20CALDERON%20Y%20MEDINA%20MOLINA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
66. Norma Técnica - Manejo Terapéutico y Preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas [Internet]. [citado el 22 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
67. Morgado GR, Vega ÁR, Aguirre RC. Revisión de Estenosis Hipertrófica del Píloro. *Rev Pediatría Electrónica.* 2016;13(3):18–23.
68. Markel TA, Proctor C, Ying J, Winchester PD. Environmental pesticides increase the risk of developing hypertrophic pyloric stenosis. *J Pediatr Surg.* agosto de 2015;50(8):1283–8.
69. Eberly MD, Eide MB, Thompson JL, Nylund CM. Azithromycin in early infancy and pyloric stenosis. *Pediatrics.* marzo de 2015;135(3):483–8.
70. Noguera-Valverde RA. Estenosis hipertrófica del píloro. *Rev Cuba Pediatría* [Internet]. septiembre de 2009 [citado el 21 de febrero de 2022];81(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-75312009000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75312009000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
71. Krogh C, Gørtz S, Wohlfahrt J, Biggar RJ, Melbye M, Fischer TK. Pre- and perinatal risk factors for pyloric stenosis and their influence on the male predominance. *Am J Epidemiol.* el 1 de julio de 2012;176(1):24–31.
72. Sánchez RM. Estenosis hipertrófica de píloro. *Rev Medica Sinerg.* el 29 de octubre de 2018;3(11):10–3.

73. Calero-Zea MA, Martínez-Calero AG, Calero-Baquerizo JJ. Importance of ultrasound in the diagnosis of congenital hypertrophy of pylorus. *Rev Científica Dominio Las Cienc.* el 31 de julio de 2017;3(4):13.
74. González-Zamora F. Estenosis hipertrófica pilórica infantil, viejas y nuevas preguntas. *Rev Mex Pediatría.* 2016;83(6):179–80.