



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA MEDICA Y REALIDAD DEL INTERNO EN TIEMPOS
DE PANDEMIA EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E.
BERNALES DICIEMBRE 2021 – ABRIL 2022

PRESENTADO POR
DIEGO ADEMIR BRAVO ANDRES

ASESOR
OSCAR OTOYA PETIT

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

LIMA- PERÚ

2022



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

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

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



**EXPERIENCIA MEDICA Y REALIDAD DEL INTERNO EN TIEMPOS DE
PANDEMIA EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES
DICIEMBRE 2021 – ABRIL 2022**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL PARA OPTAR EL TITULO
PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR
DIEGO ADEMIR BRAVO ANDRES**

**ASESOR
Dr. OSCAR OTOYA PETIT**

LIMA – PERÚ

2022

JURADO

PRESIDENTE: Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE

MIEMBRO: Dr. CESAR AGUILERA HERRERA

MIEMBRO: Dr. FERNANDO HERRERA HUARANGA

INDICE

PORTADA.....	i
JURADO.....	ii
RESUMEN.....	iii
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 ROTACIÓN EN CIRUGIA GENERAL	4
1.2 ROTACIÓN EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.....	7
1.3 ROTACIÓN EN MEDICINA INTERNA	11
1.4 ROTACIÓN EN PEDIATRÍA	15
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	18
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	21
3.1 ROTACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL.....	21
3.2 ROTACIÓN EN MEDICINA INTERNA.....	24
3.3 ROTACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	27
3.4 ROTACIÓN EN PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA.....	30
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	33
CONCLUSIONES.....	36
RECOMENDACIONES.....	37
FUENTES DE INFORMACION.....	38

RESUMEN

En el presente trabajo se describe acerca de la importancia del internado médico para el estudiante de medicina como parte fundamental en su formación

profesional, se relata acerca de cómo se llevaron a cabo las prácticas académicas en el contexto de la pandemia por COVID-19 dentro de las cuatro especialidades (cirugía general, ginecología y obstetricia, medicina interna y pediatría); se narran las experiencias del interno de medicina como parte del equipo profesional de primera línea en conjunto con los médicos asistentes, médicos residentes, y personal de enfermería, obstetricia y técnico de enfermería; además de cómo el interno de medicina tuvo la necesidad de unificar conocimientos aprendidos en los siete años de carrera, desarrollarlos, y de esta manera generar una atención óptima en la que se demuestre la capacidad de prevenir, identificar, diagnosticar y tratar las distintas patologías que se presentaban correspondientes a las cuatro especialidades ya descritas.

Asimismo, se comparten casos clínicos extraídos de cada especialidad, se describe el grado importancia de cada caso, las herramientas que se usaron para llegar al diagnóstico, y el tratamiento indicado para cada uno de ellos.

Por último, se hace una crítica sobre el internado realizado en el Hospital Sergio E. Bernales, en medio de la pandemia por COVID-19; además de las habilidades clínicas adquiridas por el autor y el impacto que tuvo sobre este.

Palabras clave: internado médico, experiencia, interno de medicina

ABSTRACT

This paper describes the importance of medical internship for medical students as a fundamental part of their professional training, and relates how academic practices were carried out in the context of the COVID-19 pandemic within the four specialties (general surgery, gynecology and obstetrics, internal medicine and pediatrics); the experiences of the medical intern as part of the frontline professional team are narrated in conjunction with the attending physicians, resident physicians, and nursing staff, midwifery and nursing technician; in addition to how the medical intern had the need to unify knowledge learned in the seven years of career, develop them, and in this way generate optimal care in which the ability to prevent, identify, diagnose and treat the different pathologies that were presented corresponding to the four specialties already described is demonstrated.

Likewise, clinical cases extracted from each specialty are shared, the degree of importance of each case is described, the tools that were used to reach the diagnosis, and the treatment indicated for each of them.

Finally, a critique is made about the internship carried out at the Sergio E. Bernales Hospital, in the midst of the COVID-19 pandemic; in addition to the clinical skills acquired by the author and the impact he had on him.

Key words: medical internalship, experience, medical intern

INTRODUCCIÓN

En los primeros días de diciembre de 1939 por medio de una R.S.N. 1879, se inició la construcción de un anexo del Hospital del Niño ubicado en Collique distrito de Comas, durante el gobierno del mariscal Oscar R. Benavides. Inicialmente dedicado específicamente a la asistencia de la población infantil de menores recursos.

El año 1982, toma el nombre de Hospital Sergio E. Bernales (HNSEB) en memoria del tan destacado maestro y científico de la carrera medica peruana. Es una institución de Tercer nivel de atención categoría III – 1 de alta complejidad, que tiene misión, brindar y garantizar atención de salud integral y especializada en forma oportuna y segura, logrando la satisfacción del usuario. Tiene como población objetivo-directa a los residentes de los distritos de Carabaylo, Comas e Independencia de la provincia de Lima, además de la población de las provincias de Huaral y Canta pertenecientes a la región Lima; los que en conjunto suman un aproximado de 1.078.33 habitantes, siendo Carabaylo el distrito con mayor crecimiento poblacional y quien a su vez, es el único que aún tiene población rural. Por estos motivos, el HNSEB se convierte en una de las sedes más importantes del cono norte, debido al nivel de complejidad que maneja y a la cantidad de pacientes que diariamente acude al establecimiento. Todo en conjunto, hace que el interno de medicina durante el tiempo que rota en cada especialidad conozca, desarrolle y afiance todos los conocimientos que lleva, para así en conjunto con los asistentes y residentes, puedan ofrecer una atención optima y de la mayor calidad posible (1).

Durante el mes de marzo del año 2020, el estado comunico de manera oficial la aparición del primer caso de COVID-19 en el territorio peruano, lo que llevo consigo la publicación del decreto supremo Numero 044-2020-PCM que dispuso el aislamiento social obligatorio, con el fin de reducir la propagación de dicha enfermedad, suspendiendo de manera indefinida actividades laborales, educativas y otras (2). Con tal acontecimiento, se llevó a cabo la suspensión del internado médico, debido al alto riesgo de contagio que conllevaba laborar y por ende exponerse a la infección por Sars Cov-2. Luego de unos meses los hospitales nacionales, incluido el Hospital Sergio E. Bernales, dio pase libre para la reincorporación de internos, pero con ciertas restricciones. Dentro de estas se

redujo el tiempo de rotación de tres meses a dos meses, la cual tenía como fin reducir el tiempo de exposición con los pacientes y acelerar el proceso de prácticas del interno de medicina (3).

Actualmente, el internado de medicina se desarrolla en un periodo de diez meses, que se dividen en dos partes; cinco meses se realizan en un centro de salud de complejidad I-3 o I-4 de DIRIS, DIRESA o GERESA, establecimientos de salud que brindan la atención primaria de medicina general, obstetricia, programa de TBC, CRED, psicología, nutrición, etc; y en caso de los centros materno infantil, Gineco Obstetricia y Pediatría. Los cinco meses restantes se llevan a cabo en un Hospital nacional del MINSA, en el caso del autor en el Hospital Sergio E. Bernales, donde se rota por los cuatro servicios ya mencionados de mayor importancia (4)

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico es, con mucha seguridad, el periodo más importante de todo estudiante de medicina; debido a que el tiempo de estadía dentro del hospital les permite obtener diversas competencias tales como identificar una patología, plantear un diagnóstico y decidir acerca de las opciones de manejo, que se le puede ofrecer a cualquier paciente. Además, siendo reconocidos como personal de salud del hospital, tendrá deberes, y deberá que cumplir ciertos objetivos y metas.

Asimismo, es la etapa en la que el estudiante de medicina realiza sus prácticas preprofesionales, previas al SERUMS, donde el medico es el personal de mayor capacidad y con mayor preparación, teniendo la obligación de resolver los problemas médicos de la población del lugar en el que se encuentre. En muchas ocasiones, el medico no contará con el equipo multidisciplinario de especialistas, y por ende tendrá que hacer las de pediatra, cirujano y ginecólogo; y deberá aplicar todos los conocimientos que obtuvo en su paso por el hospital en el que roto.

Como ya se mencionó anteriormente, el Hospital Sergio E. Bernales, es una sede hospitalaria de referencia, con un nivel de complejidad nivel III, donde diariamente se atiende cientos de pacientes; por ende, le da la oportunidad al interno de medicina de desarrollar sus actividades en los cuatro departamentos más importantes: Medicina interna, Pediatría, Cirugía general y, Ginecología y obstetricia.

La rotación de cirugía general se dividió en cirugía general, traumatología, urología y cirugía pediátrica. Departamentos que se basaron en los servicios de hospitalización y emergencia. La demanda diaria de pacientes en la emergencia le permite al interno de medicina encontrarse con escenas de impacto, tales como heridas punzocortantes profundas y extensas, superficiales, de gran longitud; policontusos por caídas, por agresiones, por accidentes de tránsito; luxaciones, fracturas; retenciones urinarias, globos vesicales, etc. Situaciones que le permitían al interno, poner en práctica todas las clases de

suturas y nudos, atención primaria en el politraumatizado, reducción de luxaciones, etc. Asimismo, una de las patologías inflamatorias quirúrgicas que abundó durante la rotación fue la apendicitis aguda, que llegaban a la emergencia con signos y síntomas comunes, como la fiebre, náuseas, vómitos, dolor localizado en fosa iliaca derecha y los puntos dolorosos clásicos de la enfermedad; clínica que hacía que el interno interiorice la patología del paciente y el conocimiento quede fijado. Además, se vieron enfermedades como Colecistitis aguda, Peritonitis, Abscesos, etc. Otro punto importante en esta rotación fue la oportunidad que tenía el interno de entrar a sala de operaciones, teniendo la función de instrumentista y si ponías mucho empeño en el mejor de los casos hasta se podía tomar el rol de primer ayudante.

En la rotación de ginecología y obstetricia, la estadía del interno se dividió en los servicios de puerperio, alto riesgo obstétrico (ARO), unidad de cuidados intensivos maternos (UCIM), ginecología y el tópicico de emergencia. Los servicios de hospitalización (Puerperio, ARO, UCIM y Ginecología) se centraban en la evaluación diaria exhaustiva del paciente para el alta pronta, siempre teniendo en cuenta la prueba de antígeno COVID-19 negativa. En el caso de ARO y Ginecología, la hospitalización se enfocaba en monitorizar al paciente, tratar la patología subyacente y/o en todo caso resolverla en sala de operaciones. Una de las intervenciones quirúrgicas que más se realizaba en hospitalización era la Cesárea; teniendo en cuenta en todo momento las indicaciones para una cesárea programada. Por otra parte, el tópicico de emergencia, era otro mundo, al ser el HSEB un centro de referencia para prácticamente todo el cono norte, las pacientes con patologías ginecológicas y en especial las gestantes, llegaban de manera consecutiva buscando una atención, por lo tanto, la atención debía ser rápida y acertada, identificando el estado basal de la paciente mediante el examen físico, midiendo al altura uterina, realizando el tacto vaginal, calculando la edad gestacional, etc; y de esta manera diagnosticar y tratar al paciente, en el caso de las gestantes indicar la culminación por vía vaginal o por cesárea de emergencia.

La rotación de medicina interna se focalizó en hospitalización y tópicico de emergencia. La hospitalización del departamento de medicina es sin duda una de las más complejas, debido a que en el pabellón de hospitalización podías

encontrar diversas patologías de diferentes especializadas tales como, Neurología, Gastroenterología, Endocrinología, Cardiología, etc.; por esta razón existía una mayor exigencia por parte del interno para saber abordar a cada paciente y manejar el tratamiento de cada patología. Asimismo, la solicitud de interconsultas era de todos los días, así como la solicitud de exámenes auxiliares y de imágenes. En el caso del tópico de emergencia, debido a la gran cantidad de pacientes el abordaje era dinámico, pero a la vez cauteloso, porque se tenía que identificar una patología de todas las que abarcaba medicina interna. El requerimiento de conocimientos era mayor y la capacidad de diagnóstico era obligatoria; esto impulsaba al interno a estudiar mucho más y le daba la satisfacción de conocer más a detalle cada patología estudiada previamente.

La rotación de pediatría y neonatología se dividió en estas dos especialidades. Pediatría comprendía los servicios de hospitalización y emergencia. Las patologías que llegaban a la emergencia frecuentemente eran los síndromes febriles, los síndromes diarreicos y las crisis de asma; enfermedades que angustiaban y generaban absoluta ansiedad a los padres de familia; en este contexto, el interno tenía la obligación de atender al infante y a la vez tratar de tranquilizar a la madre de familia. Asimismo, la evaluación física del paciente pediátrico a diferencia de la evaluación en adultos es ligeramente más compleja, ya que la gran mayoría llora a montones, quieren huir de la atención o simplemente evitan ser evaluados; sin embargo, los residentes y asistentes al conocer las técnicas de evaluación, con el pasar del tiempo la atención por parte del interno se hizo más fluida, integral y menos compleja. Por otro lado, la rotación de neonatología se enfocó en que el interno conozca a detalle la atención del recién nacido post parto; labor en la que hay que tener mucho cuidado y suma paciencia. Además, la evaluación del recién nacido en el área de puerperio, donde las madres se van recuperando y permanecen en promedio 24 a 48 horas, era de suma importancia para la posibilidad de alta del neonato.

1.1 ROTACIÓN EN CIRUGIA GENERAL

Caso clínico 1

Paciente varón de 30 años que acude a la emergencia con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 10 horas. Refieren dolor abdominal difuso, que con el pasar de las horas se localiza en fosa iliaca derecha, asociada a sensación de alza térmica, náuseas e hiporexia. Niega antecedentes patológicos, quirúrgicos y reacción adversa a medicamentos

Funciones vitales: T: 38.2, PA: 110/70 mmHg, FC: 105 lat/min, FR: 22 resp/min, SPO2: 98%, Glasgow: 15/15

Al examen físico: Paciente en AREG, AREN, AREH

- Piel y faneras: Tibia, húmeda, elástica, llenado capilar < 2 segundos.
- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan crépitos ni sibilancias.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Globuloso, RHA (+), doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha y flanco derecho, Mc Burney (+), Rovsing (+), Blumberg (+)
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-).
- Neurológico: Despierto, LOTEP, Glasgow 15/15.

Diagnostico presuntivo:

- Síndrome doloroso abdominal: D/c Apendicitis aguda

Plan:

- NPO (nada por vía oral)
- NaCl 0.9% 1000cc
- Ceftriaxona 2gr EV c/24h
- Ketoprofeno 100 mg EV c/8h
- Omeprazol 40mg EV c/24h
- Hioscina 20mg EV STAT
- Se solicitan exámenes prequirúrgicos

- Se solicita Riesgo quirúrgico
- Se programa para Sala de operaciones
- CFV Y BHE

Resultados de laboratorio: Hemoglobina: 13.6, Hematocrito: 33% y Leucocitos: 18.300, Glucosa: 85, Cr: 0.45, Urea:25, Examen de orina no patológico. Riesgo quirúrgico adecuado para pasar al paciente a sala de operaciones.

Operación realizada: Apendicetomía convencional

Diagnostico post operatorio: Apendicitis aguda necrosada

En los hallazgos se encontraron: Apéndice cecal de 7 x 1.5cm necrosado en toda su extensión, edematoso con fibrina, escaso liquido inflamatorio, base indemne, ciego móvil.

Descripción del procedimiento:

1. AA + CCE
2. Incisión trasversa e FID
3. Apendicetomía, clampaje, sección y ligadura de meso apendicular de forma escalonada con seda negra 2/0
4. Ligadura de base apendicular con seda negra 2/0 a muñón libre
5. Revisión de hemostasia, conteo de gasas completas
6. Cierre de pared por planos
7. Paciente tolera acto quirúrgico, pasa a URPA

Caso clínico 2

Paciente mujer de 55 años que acude a la emergencia referido de su centro de salud con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 03 días que no cede con el uso de analgésicos. Refiere dolor abdominal a predominio de cuadrante superior derecho, asociado a nauseas, niega vómitos, y sensación de alza térmica. Refiere el diagnostico de litiasis vesicular hace 2 años, niega antecedentes quirúrgicos, niega reacción adversa a medicamentos. Cuenta con exámenes de laboratorio y ecografía de abdomen superior.

Funciones vitales: T: 37, PA: 100/80 mmHg, FC: 78 lat/min, FR: 17 resp/min, SPO2: 97%, Glasgow: 15/15

Al examen físico: Paciente en AREG, AREN, AREH

- Piel y faneras: Tibia, húmeda, elástica, llenado capilar < 2 segundos, no cianosis, no ictericia.
- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan crépitos ni sibilancias.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Plano, RHA (+), blando, depresible, doloroso a la palpación en cuadrante superior derecho a predominio de hipocondrio derecho, no reacción peritoneal. Mc Burney (-), Rovsing (-), Blumberg (-)
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-).
- Neurológico: Despierto, LOTEP, Glasgow 15/15.

Exámenes de laboratorio: Hemoglobina: 13.5, Hematocrito: 41% y Leucocitos: 3.800, Plaquetas: 200.000, Glucosa: 88, Cr: 0.45 , Urea:31, Examen de orina no patológico.

Ecografía de abdomen superior: vesícula de 64x28mm paredes delgadas de 2mm, presencia de lito de 9.5mm.

Diagnostico presuntivo:

- Síndrome doloroso abdominal: D/c Colectistitis crónica reagudizada

Plan:

- NPO
- NaCl 0.9% 1000cc
- Ketoprofeno 100 mg EV c/8h
- Omeprazol 40mg EV c/24h
- Se solicitan exámenes prequirúrgicos
- Se solicita Riesgo quirúrgico
- Se programa para Sala de operaciones
- CFV Y BHE

Operación realizada: Colectistomía laparoscópica

Diagnostico post operatorio: Colecistitis crónica calculosa

En los hallazgos se encontraron: vesícula biliar de 10x5cm aprox. bilis densa, calculo de aprox 13mm de diámetro. Paredes de vesícula de aprox 5mm, cístico de 4mm

Descripción del procedimiento:

1. AA + CCE
2. Incisión a nivel umbilical, colocación de T1
3. Colocación de trocares
4. Identificación de triangulo de Calot
5. Clipaje de arteria y conducto cístico
6. Colecistectomía mixta
7. Extracción de vesícula biliar por incisión de T1
8. Revisión de hemostasia, conteo de gasas completas
9. Cierre de puntos
10. Paciente tolera acto quirúrgico, pasa a URPA

1.2 ROTACIÓN EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Caso clínico 1

Paciente mujer de 38 años que llega a la emergencia con un tiempo de enfermedad de 2 horas, no refiriendo contracciones uterinas. Niega sangrado vaginal, niega perdida de líquido, niega sensación de alza térmica, niega cefalea, niega nauseas y vómitos. Percibe movimientos fetales. Peso pregestacional: 75 kg

Peso:85 kg y Talla: 1.55 m

- G5P3013
- G1: Parto vaginal el 2010
- G2: Parto vaginal el 2013
- G3: Embarazo ectópico el 2015
- G4: Cesárea el 2019 por doble circular

- FUR: 12/05/2021
- FPP: 18/02/2022
- EG: 40 semanas 0/7 por ecografía del primer trimestre
- Antecedente patológico: niega
- Antecedente quirúrgico: Cesárea
- Reacción adversa a medicamento: niega

Al examen físico: Paciente en AREG, AREN, AREH

- Piel y faneras: Tibia, húmeda, elástica, llenado capilar < 2 segundos.
- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, crépitos escasos en ambos campos pulmonares, no tirajes.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Útero grávido, Altura uterina: 35 cm, SPP: LCD (longitudinal, cefálico, derecho), LCF: 145 latidos/min, DU: ausente, MF: ++/+++
- TV: Cérvix sin cambios, Altura de presentación: fuera de pelvis, MO: integras, pelvis ginecoide.
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-).
- Neurológico: Despierto, LOtep, Glasgow 15/15.

Se le realiza ecografía obstétrica donde se encuentra un ponderado fetal de 4535 gr y un perfil biofísico de 8/8.

Diagnostico presuntivo:

- Gesta 5 de 40 semanas 0/7 por ecografía de primer trimestre
- No trabajo de parto
- Feto grande para edad gestacional
- ARO: Cesárea 1 vez, presentación alta del feto, obesidad materna

Plan: se hospitaliza en ARO para cesárea electiva

- DB + LAV
- NaCl 0.9% 1000 cc EV
- Se solicitan exámenes prequirúrgicos
- Se solicita Riesgo quirúrgico
- Se programa para Sala de operaciones

- CFV Y BHE

Exámenes de laboratorio: Hemoglobina: 13.5, Hematocrito: 41% y Leucocitos: 4.800, Plaquetas: 200.000, Glucosa: 88, Cr: 0.45, Urea:31, Examen de orina no patológico. Riesgo quirúrgico: adecuado sin alteraciones.

Operación realizada: Cesárea segmentaria trasversa iterativa

Diagnostico post operatorio: Gesta 5 de 40 semanas 0/7 por ecografía de primer trimestre, Pródromos de trabajo de parto, Feto grande para edad gestacional, ARO: Cesárea 1 vez, presentación alta.

Hallazgos: Recién nacido vivo cefálico, sexo masculino, Apgar 9 – 9, Líquido amniótico claro, sangrado total: 200 ml aprox.

Descripción del procedimiento:

1. AA + CCE
2. Incisión tipo Pfannenstiel
3. Apertura de cavidad por planos
4. Histerotomía tipo kerr
5. Extracción del recién nacido en cefálico
6. Extracción de placenta más escobillaje
7. Histerorrafia en 1 plano con Monosorb 1/0
8. Revisión de hemostasia, conteo de gasas completas
9. Cierre de puntos
10. Paciente tolera acto quirúrgico, pasa a URPA

Caso clínico 2

Paciente mujer de 23 años gestante que llega a la emergencia por un tiempo de enfermedad de 3 días aprox. Refiere sensación de alza térmica, sensación de escozor al orinar, frecuencia miccional aumentada, en poca cantidad, y dolor ocasional cerca a zona lumbar. Niega contracciones uterinas, niega flujo vaginal, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido, niega náuseas y vómitos. Percibe movimientos fetales.

- G1P0000

- G1: actual
- FUR: 07/07/2021
- FPP: 14/04/2022
- EG: 34 semanas 2/7 por ecografía del primer trimestre
- Antecedente patológico: niega
- Antecedente quirúrgico: niega
- Reacción adversa a medicamento: niega

Funciones vitales: T: 38.2, PA: 100/80 mmHg, FC: 85 lat/min, FR: 17 resp/min, SPO2: 98%, Glasgow: 15/15

Al examen físico: Paciente en AREG, AREN, AREH

- Piel y faneras: Tibia, húmeda, elástica, llenado capilar < 2 segundos.
- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no crépitos
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Útero grávido, Altura uterina: 30 cm, SPP: LCI (longitudinal, cefálico, izquierdo), LCF: 150 latidos/min, DU: ausente, MF: ++/+++
- TV: Cérvix sin cambios, Altura de presentación: fuera de pelvis, MO: integras, pelvis ginecoide.
- Genitourinario: PPL (+), PRU superior (-). PRU medio (+), PRU inferior (+)
- Neurológico: Despierto, LOTEP, Glasgow 15/15.

Diagnostico presuntivo:

- Primigesta de 34 semanas 2/7 por ecografía del primer trimestre
- No trabajo de parto
- Síndrome febril: d/c Pielonefritis

Plan: se hospitaliza en ARO para tratamiento antibiótico

- NaCL 0.9% 1000 cc EV
- Ceftriaxona 1g EV c/24h
- Metamizol 1gr EV PRN T > 38
- Monitoreo fetal
- CFV

- Se solicita examen de orina
- Se solicita urocultivo
- Se solicita hemograma completo, urea, creatinina, glucosa, prueba antígeno covid-19

Mas o menos a la hora y media de tomado el examen de orina, los resultados muestran 100 leucocitos por campo y la presencia de nitritos en orina el cual aumenta la probabilidad de presentar una pielonefritis. Por lo que se sigue con el tratamiento empírico son Ceftriaxona y se hospitaliza a la paciente en ARO.

1.3 ROTACIÓN EN MEDICINA INTERNA

Caso clínico 1

Paciente varón de 81 años que llega a la emergencia con un tiempo de enfermedad de 02 días aprox. Refiere haber estado hospitalizado hace 1 semana por Neumonía, al que dan de alta con medicación habitual y acetilcisteína. Presenta hace más o menos 02 días, aumento de secreción respiratoria, tendencia al sueño, un día antes se agrega fiebre, leve dificultad respiratoria y tos con expectoración.

Antecedentes patológicos:

- Demencia hace 01 año en tratamiento con Risperidona
- ECV isquémico hace 03 años en tratamiento (familiar no recuerda medicación)
- Postrado crónico hace 01 año

Funciones vitales: T: 37.9, PA: 110/80 mmHg, FC: 100 lat/min, FR: 20 resp/min, SPO2: 93%, Glasgow: 12/15

Al examen físico:

- Piel y faneras: Tibia, húmeda, elástica, llenado capilar < 2 segundos.
- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, crépitos escasos en ambos campos pulmonares, no tirajes.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

- Abdomen: Blando, depresible, Ruidos hidroaéreos (+), no doloroso a la palpación superficial y/o profunda-
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-).
- Neurológico: Despierto, LOTEP, Glasgow 12/15.

Diagnostico presuntivo:

- Síndrome febril: D/c Neumonía aspirativa
- Postrado crónico por ECV isquémico y Demencia

Plan

- Hidratación con NaCl 0.9% 1000 cc EV STAT a chorro I y II (02 frascos)
- Se solicitan exámenes de laboratorio e imágenes: Hemograma completo, Glucosa, Urea, Creatinina, Examen de orina, Prueba de antígeno COVID-19, y Radiografía de tórax
- Se reevalúa en 02 horas post hidratación con 02 frascos de NaCl 0.9% y se controlan funciones vitales:
 - PA: 110/70 mmHg, FC: 80 lat/min, FR: 18 resp/min, SpO2: 97%, FiO2: 21%
- Exámenes auxiliares: Hemoglobina: 12.6, Hematocrito: 23% y Leucocitos: 25.300, Glucosa: 94, Cr: 0.6, Urea:30, Examen de orina no patológico
- Radiografía de tórax: infiltrado radiopaco a predominio de bases en ambos campos pulmonares

Tratamiento post hidratación y con resultados de laboratorio

- SNG, Dieta licuada 30 kcal/kg/día
- Ceftazidima 2gr EV c/8H
- Ciprofloxacino 400 mg EV c/12h
- Metamizol 1gr PRN Temperatura >38
- Omeprazol 40mg EV c/24h
- Oxigenoterapia si SatO2 < 93%
- CFV Y BHE

Caso clínico 2

Paciente refiere cuadro clínico de más o menos 2 días de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo cólico en hemiabdomen superior que se irradia hacia la zona lumbar, refiere náuseas, niega vómitos, niega fiebre y niega diarrea.

Refiere el antecedente patológico de Litiasis vesicular hace 7 meses. Niega antecedentes quirúrgicos y reacción alérgica a medicamentos

Funciones vitales: T: 37.9, PA: 100/70 mmHg, FC: 83 lat/min, FR: 17 resp/min, SPO2: 97%, Glasgow: 15/15

Al examen físico: Paciente en AREG, AREN, AREH

- Piel y faneras: Tibia, húmeda, elástica, llenado capilar < 2 segundos.
- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan crépitos, ni silbidos.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Blando, depresible, RHA (+), timpánico a la percusión, no masas, doloroso a la palpación en hemiabdomen inferior e hipogastrio.
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-)
- Neurológico: Despierto, LOTEP, Glasgow 15/15.

Diagnostico presuntivo:

- Síndrome doloroso abdominal:
D/c Pancreatitis aguda de etiología biliar

Plan:

1. Hidratación con NaCl 0.9% 1000 cc
2. Ketoprofeno 100 mg EV
3. Hioscina 20 mg EV
4. Dimenhidrinato 10 mg EV
5. Omeprazol 40mg EV c/24h
6. CFV Y BHE
7. Se solicitan exámenes de laboratorio e imágenes: Hemograma completo, Urea, Creatinina, Examen de orina, Prueba de antígeno COVID-19, Perfil hepático, Amilasa y Lipasa

8. Se solicita ecografía de abdomen superior
9. Reevaluación con resultados

Se reevalúa con resultados de laboratorio:

- Hemoglobina: 13.2, Hematocrito: 39.3%%, Leucocitos: 16.100, Plaquetas: 255.000
Perfil hepático: BT: 6.57 mg/dl, BD: 5.27 mg/dl, BI: 1.3 mg/dl, FA: 948 UI/L, TGO: 287 UI/L, TGP: 489 UI/L, GGTP: 766 UI/L.
- Amilasa: 1547
- Lipasa: 2347
- Ecografía de abdomen superior concluye; Colecistitis aguda litiásica, Colédoco dilatado

Con los resultados se plantean los siguientes diagnósticos:

- Pancreatitis aguda biliar (APACHE 0 puntos)
- Síndrome icterico obstructivo: d/c Coledocolitiasis
- Colecistitis aguda litiásica

Tratamiento:

1. NPO
2. CNa 0.9% 1000cc 45gts (I, II y III)
3. Dextrosa 5% 1000cc: en 15 gotas (IV)
4. CNa 20% 2 ampollas
5. ClK 20% 1 ampolla
6. Omeprazol 40 mg EV c/24h
7. Metoclopramida 10 mg EV c/8h
8. Tramadol 100 mg + Dimenhidrinato 50 mg EV c/8h
9. CFV Y BHE
10. Se solicita Colangiografía magnética
11. Interconsulta a Cirugía general y Gastroenterología

1.4 ROTACIÓN EN PEDIATRÍA

Caso clínico 1

Madre del paciente de 6 mes refiere que su hijo presento deposiciones liquidas con moco sin sangre desde hace 2 días en 8 ocasiones. Al día siguiente refiere persistencia de heces de consistencia liquida a pastosa sin moco y/o sangre, asociado a vómitos lácteos; niega fiebre. Refiere que el día de hoy realizo 1 deposición pastosa.

Signos vitales: T: 37, FC: 138 lat/min, FR: 38 resp/min, SPO2: 98%

Al examen físico: paciente reactivo a los estímulos, llorando al momento del examen.

- Piel: Tibia, blanda, hidratada elástica, llenado capilar < 2 segundos, no ictericia, no cianosis, signo del pliegue (-)
- Tórax y pulmones: murmullo vesículas pasa bien en ACP, roncales en bases de ambos hemitórax
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad. No soplos audibles
- Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda, RHA (+)
- SNC: reactivo a los estímulos

Diagnostico presuntivo:

- Diarrea aguda infecciosa viral vs bacteriana

Plan:

- Lactancia materna exclusiva
- Se solicita examen de orina
- Se solicita examen de Reacción inflamatoria en heces
- Reevaluación

Se reciben resultados de laboratorio de Reacción inflamatoria en heces: leucocitos > 100 x campo y PMN: 80%

Se da el tratamiento con

1. LME
2. Dextrosa 5% 1000cc
3. Ampicilina 250mg EV c/ 6 horas
4. Paracetamol 100mg/ml 12 gotas vía oral PRN T > 38
5. Lactibacillus Reuteri 5 gotas via oral c/24 horas
6. Simeticona 80mg/ml 8 gotas vía oral PRN cólico abdominal
7. CFV + OSA
8. Se hospitaliza

Caso clínico 2

Madre del paciente de 7 años, refiere que hace aprox. 5 días su hijo presenta malestar general, febrícula, congestión nasal y estornudos. Refiere que mas o menos 1 día antes de acudir a la emergencia aparece exantema en rostro, a predominio de mejillas, tórax y región glútea, que se torna eritematosa cuando salen a la calle.

Al examen físico: paciente en AREG, AREN, AREH

- Piel: Tibia, blanda, hidratada elástica, llenado capilar < 2 segundos, presencia de exantema maculo papular eritematoso (EMPE) en mejillas.
- Tórax y pulmones: murmullo vesículas pasa bien en ACP, no se auscultan crépitos. Se evidencia EMPE a predominio de zona pectoral
- Miembros superiores e inferiores: se evidencia EMPE en antebrazos y en región glútea.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos audibles
- Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda, RHA (+). Presencia de EMPE, pero en menor cantidad.
- SNC: reactivo a los estímulos

Diagnostico presuntivo:

- Exantema maculo papular eritematoso: d/c Eritema infeccioso

Plan:

- Ibuprofeno 100mg/5ml vía oral 10ml (2 cucharadas) c/ 8 horas
- Se solicita hemograma completo
- Se solicita inmunoanálisis para Parvovirus humano B19
- Se evalúa con resultados
- Posibilidad de alta pronta

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El hospital nacional Sergio E. Bernales (HSEB), es un establecimiento de salud de complejidad III-1, ubicado específicamente en la Avenida Tupac Amaru, a la altura del kilómetro 14.5 en la explanada de la Huaca de “los Kollis” a una altitud de 200 msnm, en el distrito de Comas, provincia de Lima, departamento de Lima (1).

El Hospital cuenta con un terreno en total de 606.285.52 m², limitando por el norte con el distrito de Ancón y la provincia de Canta; por el Sur con los distritos de Los Olivos, San Martín de Porres y San Juan de Lurigancho; por el Este con el distrito de San Juan de Lurigancho y provincias de Canta y Huarochirí; y por el Oeste con los distritos de Puente Piedra, Los Olivos y San Martín de Porres (1).

Como ya se mencionó anteriormente tiene como público objetivo directo a la población residente en los distritos de Comas, Carabayllo e Independencia, que son en total 1.081.124 habitantes. Así como un público objetivo indirecto proveniente de las provincias de Huaral y Canta, pertenecientes a la región de Lima. También es referencia para la población residente de las regiones de San Martín y Huánuco. Tiene como visión consolidarse como un hospital de alta complejidad, brindando una atención inclusiva con calidad y calidez que genere conocimiento y satisfacción en sus usuarios, con liderazgo técnico, científico y docente en una adecuada infraestructura (1).

Al ser un hospital de alta complejidad (III-1), cuenta con una dirección general, órgano de control institucional con catorce oficinas y quince departamentos, dentro de los cuales se encuentran: Medicina, Ginecología y obstetricia, Cirugía general, Pediatría, Psicología, Farmacia, Enfermería, Consulta externa y Hospitalización, Nutrición y dietética, Patología clínica y Anatomía patológica, Diagnóstico por imágenes, Odontología, Anestesiología y Centro quirúrgico, Medicina física y rehabilitación, Emergencia y Cuidados críticos (5). Por lo que cuenta con profesionales médicos de distintos lugares del Perú, con distintas especialidades y grados de formación, los cuales continuamente se capacitan para estar a la par con el nivel de exigencia del hospital, brindando una atención integral hospitalaria altamente especializada de calidad que

contribuya a la reducción de distintas comorbilidades que aquejen directamente a nuestra población, con énfasis en la recuperación y posterior rehabilitación (6,7).

El internado médico forma parte del plan de estudio de la carrera de medicina humana, es un año obligatorio e indispensable para que los alumnos integren y consoliden los conocimientos adquiridos durante los ciclos previos. Al final de este año, los internos de medicina son evaluados con el examen nacional de medicina (ENAM), el cual es una prueba conformada por preguntas de todos los cursos que conlleva la carrera. Aprobar este examen y finalizar el internado son requisitos para colegiarse y ejercer como médico en el Perú (8).

El interno médico es una etapa de formación del estudiante de medicina, en la que se realizan las prácticas preprofesionales, estas le permiten al interno formar parte activamente de la vigilancia y el manejo de los pacientes, con el fin de consolidar conocimientos, adquirir competencias básicas para ejercer la práctica clínica y obtener la mayor cantidad de experiencia significativa para la detección de riesgos, aplicación de medidas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (9).

En este contexto, la OPS clasifica las competencias esenciales de salud en tres:

- Competencias básicas: capacidad de expresarse adecuadamente en forma escrita y verbal, y dominio del campo básico de la profesión que se trate
- Competencias específicas: son aquellas relativas al campo disciplinario, de formación y de experiencia del participante
- Competencias esenciales: son un grupo de competencias genéricas asociadas al programa de formación, las de liderazgo, las de consultoría y las de cooperación

En conjunto, cada una de estas competencias debe ser explorada por el interno de medicina y dependerá de él mismo ponerlas en práctica y progresar a una atención de calidad que brindará una vez culminada su etapa de estudiante. Entonces, será necesario interiorizar los conceptos aprendidos para enfrentar las necesidades de salud del pueblo, cumplir con la demanda de actualización profesional y analizar continuamente las competencias clínicas con relación a la

atención médica comunitaria del escenario rural que se encontrará el egresado de medicina humana al realizar el SERUMS (9).

Por último, es importante conocer que existen ciertos problemas que el interno de medicina atraviesa durante su estadía en el hospital, tales como el agotamiento físico y emocional, y el estrés; que tiene como causa principal la exigencia académica y otras situaciones de tensión por la que atraviesa el estudiante, lo que a su vez podría ocasionar baja identificación con el establecimiento de salud, falla académica, efectos negativos en la atención del paciente. Además de la sobrecarga laboral, los accidentes biológicos, deficiencia docente, el incumplimiento de los pagos, etc. Todos estos factores son obstáculos que el interno de medicina tiene que aprender a sobrellevar y si es posible encontrar algún modo de contrarrestarlos (9,10).

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 ROTACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL

Caso clínico 1

El caso de cirugía general trata de un paciente de 30 años con un tiempo de enfermedad de 10 horas con síntomas clásicos de una apendicitis aguda, tales como dolor abdominal que posteriormente migra hacia fosa iliaca derecha, asociada a náuseas y/o vómitos, fiebre e hiporexia. Al examen físico, presenta signos vitales alterados en relación a la Temperatura de 38.2 y a la taquicardia del paciente (105 lat/min); lo que traduce una probable infección de foco a determinar. Asimismo, en la evaluación de abdomen, se muestra globuloso, doloroso a la palpación superficial y profunda a predominio de fosa iliaca derecha. Por ende, tomando en cuenta el cuadro clínico del paciente se llega al diagnóstico presuntivo de Apendicitis aguda.

La apendicitis aguda se define como la inflamación aguda del apéndice; es la patología quirúrgica más común del mundo y representa la principal causa de cirugía de abdomen de urgencia. Fisiopatológicamente se genera debido a la obstrucción de la luz apendicular, la cual tiene como causas más frecuentes a la hiperplasia linfóide y secundario a fecalitos (11).

Para el diagnóstico inicial es muy útil el uso de sistemas de puntuación, tales como la escala de Alvarado que considera como criterios los siguientes hallazgos: dolor migratorio en cuadrante inferior derecho (1 punto), anorexia (1 punto), náuseas y vómitos (1 punto), sensibilidad en el cuadrante inferior derecho (2 puntos), sensibilidad de rebote en el cuadrante inferior derecho (1 punto), fiebre >37.5 (1 punto) y leucocitosis recuenta > 10 000 (2 puntos). Un puntaje de 0 a 3 define bajo riesgo de apendicitis; un puntaje de 4 a 6 define que el paciente tiene que hospitalizarse, si el puntaje se mantiene así después de 12 horas se sugiere operar; un puntaje de 7 a 9 define Apendicetomía (11).

El paciente de nuestro caso contaba con 9 puntos según la escala de Alvarado, por lo que se tuvo que realizar la Apendicetomía abierta y efectivamente se trataba de una Apendicitis aguda necrosada. Según Uptodate, la apendicetomía

laparoscópica es el tratamiento de elección por encima de la apendicetomía abierta, debido a la menor tasa de infección de sitio operatorio que proporciona, menor dolor postoperatorio y duración mas corta de la estancia hospitalaria. Lamentablemente el hospital Segio E. Bernales, no cuenta con la cantidad necesaria de equipos de laparoscopia, por lo que se suele usar de manera más frecuente la apendicetomía abierta (12).

El tratamiento postquirúrgico se basó en la hidratación con NaCl al 0.9% a 30 gotas por minuto, la analgesia con Ketoprofeno 100mg EV c/8 horas, y para la antibioticoterapia se uso Ciprofloxacino 400mg c/12h y Metronidazol 500 mg EV c/8h. El paciente curso con una evolución favorable y se fue de alta a las 48 horas post intervención quirúrgica, con ibuprofeno 400mg VO 1 tableta c/8h, higiene de herida y retiro de puntos en 7 días (13).

Caso clínico 2

El caso 2 de cirugía general se trata de una paciente mujer de 55 años con un tiempo de enfermedad de 3 días aprox., con síntomas clásicos de colecistitis, tales como dolor abdominal a predominio de cuadrante superior derecho, asociado a náuseas y sensación de alza térmica. Refiere el diagnostico de litiasis vesicular hace 2 años, que incrementa el riesgo de padecer de colecistitis aguda. Al examen físico, a la evaluación abdominal se encuentra dolorosos a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho. De modo que, asociando el antecedente de litiasis vesicular de larga data, y la clínica actual se plantea el diagnostico de Colecistitis aguda.

La colecistitis aguda es una de las principales urgencias quirúrgicas, se refiere a un síndrome de dolor en cuadrante superior derecho, fiebre y leucocitosis asociado a inflamación vesicular. Su patogénesis está relacionada principalmente a la obstrucción del conducto cístico, en la mayoría de los casos por un lito proveniente de la vesícula, y a un factor irritante proveniente de la bilis que desarrolla inflamación (14).

Para el diagnóstico, se utiliza la guía de Tokio del 2018m cuyos criterios son: signos y síntomas característicos, hallazgos de exámenes físicos, datos laboratoriales e imagenológicos (14).

- A. Signos de inflamación local: 1. Signo de Murphy, 2. Masa, dolor o defensa en hipocondrio derecho.
- B. Signos de inflamación sistémica: 1. Fiebre, 2. Proteína C reactiva (PCR) elevada, 3. Recuento de leucocitos.
- C. Hallazgo imagenológico característico de Colecistitis aguda: 1. Pared vesicular, 2. Aumento del tamaño de la vesícula biliar (longitud mayor a 8cm, diámetro mayor a 4cm), 3. Imagen en doble halo, 4. Líquido peri vesicular.

La sospecha de colecistitis aguda se da con la suma de 1 criterio del grupo A y 1 criterio del B. El diagnóstico definitivo se da con la asociación de un criterio del grupo A, B y C (14).

Según Uptodate, el abordaje quirúrgico de elección es la colecistectomía laparoscópica, el cual se considera el tratamiento estándar para el tratamiento de la colecistitis aguda. La técnica laparoscópica ha demostrado tener bajas tasas de morbilidad y mortalidad, infección de sitio operatorio, neumonía y menor estancia hospitalaria; en relación con la técnica abierta. Afortunadamente, en el caso de nuestro paciente, al tener una cirugía programada, se pudo realizar el tratamiento con la técnica laparoscópica (15).

El tratamiento postoperatorio indicado se basó en la dieta sin grasa ni picantes, por lo menos 10 días, y se recomendó la ingesta de fibra y agua abundante; la analgesia se dio con Paracetamol 500 mg VO 1 tableta c/8 horas; y la curación de las heridas operatorias con agua y jabón de manera diaria

3.2 ROTACIÓN EN MEDICINA INTERNA

Caso clínico 1

El caso 1 de medicina interna trata de un paciente de 81 años con un tiempo de enfermedad de 2 días aprox. con síntomas sugestivos de un proceso infeccioso de origen pulmonar; tales como fiebre, dificultad respiratoria, tos con expectoración, y aumento de secreción respiratoria. Al examen físico presento las siguientes funciones vitales; FR: 20 por minuto (Taquipnea) y saturación de oxígeno en 93%, que traducía un grado de hipoxia en el paciente. Asimismo, en la evaluación de Tórax y pulmón se auscultaron crépitos difusos en ambos campos pulmonares. Teniendo en cuenta el cuadro clínico del paciente se genera el diagnostico presuntivo de Neumonía aspirativa.

La neumonía por aspiración o aspirativa se refiere a la aspiración de contenido orofaríngeo o gástrico. Está relacionado con estados de sensorio deprimido, cierre de glotis o reflejo de tos. Según el origen, se clasifican en Neumonitis química, infección bacteriana y obstrucción de las vías respiratorias (16).

Existen condiciones predisponentes a la aspiración, tales como procesos que reducen la conciencia, debido a medicamentos sedantes, consumo de alcohol en exceso, anestesia y convulsiones generalizadas. En nuestro caso, el paciente cuenta con los antecedentes patológicos de ECV, Demencia (enfermedad neurológica degenerativa) y un estado mental ligeramente alterado; los que, al tener relación con episodios de reducción del trastorno de conciencia, se vuelven factores de riesgo bastante importantes para la presentación del cuadro (17).

En los exámenes auxiliares se encontró Leucocitosis que nos orienta a pensar en una infección aguda, por lo demás los resultados fueron normales. En la radiografía de tórax se encontró un infiltrado radiopaco en bases, que es sugestivo un proceso infeccioso del parénquima.

El tratamiento instaurado en el paciente fue el de hidratación con cloruro de sodio al 0.9%, analgesia con Metamizol y antibioticoterapia con Ceftazidima y Ciprofloxacino que nos da la cobertura contra Gram (-) y Pseudomona. Según Uptodate, el manejo de elección en una Neumonía aspirativa adquirida en la comunidad sin criterios de gravedad pero que requiere hospitalización es el

siguiente; primero pedir un Hemocultivo y un estudio Gram y Cultivo de esputo; y empezar la terapia empírica con Ampicilina – Sulbactam 1,5 a 3 gr cada 6 horas más Metronidazol 500 mg EV cada 8 horas (17).

Caso clínico 2

El caso 2 de medicina interna, trata de una paciente mujer de 37 años con un tiempo de enfermedad de 2 días aproximadamente caracterizado por dolor en hemiabdomen superior que se irradia a la zona lumbar, asociado a nauseas, asimismo, presenta el antecedente de litiasis vesicular. En el examen físico de abdomen se encuentran: RHA(+), timpanismo a la percusión y doloroso a la palpación; por lo que se cataloga al paciente con el diagnóstico de Síndrome doloroso abdominal: D/c Pancreatitis aguda. Si bien, también tenía los diagnósticos de colecistitis aguda y probable coledocolitiasis, nos enfocaremos en la pancreatitis aguda como patología de medicina interna.

La pancreatitis aguda es la inflamación aguda del páncreas, cuyo diagnóstico se da mediante 2 o más de los siguientes criterios: Dolor abdominal característico; Amilasa (o lipasa) sérica > 3 veces el valor normal máximo; y Hallazgos característicos en los estudios de imágenes (ultrasonografía, tomografía computarizada o resonancia magnética (18).

Según la clasificación de Atlanta, se clasifican en dos categorías:

- Pancreatitis edematosa intersticial, que se caracteriza por una inflamación aguda del parénquima y los tejidos adyacentes, pero sin necrosis tisular reconocible.
- Pancreatitis aguda necrotizante, que se caracteriza por una inflamación asociada a necrosis del parénquima y/o necrosis peri pancreática.

Según su gravedad, se divide en:

- Pancreatitis aguda leve, que se caracteriza por la ausencia de insuficiencia orgánica y complicaciones locales o sistémicas.

- Pancreatitis aguda moderadamente grave, que se caracteriza por ausencia de insuficiencia orgánica o insuficiencia orgánica transitoria (<48 horas) y/o complicaciones locales.
- Pancreatitis aguda grave, que se caracteriza por insuficiencia orgánica persistente (>48 horas) que puede afectar a uno o varios órganos).

En el caso clínico, la sospecha de pancreatitis se dio más que todo por la clínica del paciente, por lo que se le pidieron exámenes para detectar inflamación e infección como el Hemograma completo, incluyendo dentro de ellos la Amilasa y la Lipasa que son útiles para el diagnóstico mas no para predecir gravedad. Según Uptodate, la evaluación inicial debe centrarse en evaluar la gravedad del cuadro, para así determinar las perdidas tempranas de líquidos, la insuficiencia orgánica (compromiso cardiovascular, respiratorio o renal), mediante la puntuación del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) o el score de APACHE II (18).

Para el manejo inicial, en el caso de nuestro paciente, se inició con la reposición de líquidos de manera precoz con NaCl al 0.9% 1000cc, Hioscina 20mg, Ketoprofeno 100mg y Dimenhidrinato 10mg, usando fármacos analgésicos, antieméticos y antiespasmódicos. Según Uptodate, lo más importante es la reposición de líquidos mediante la administración de 5 a 10 ml/kg por hora de solución cristaloides isotónica. En caso de pacientes con inestabilidad hemodinámica la reposición se hará con 20ml/kg EV durante 30 minutos, seguido de 3 ml/kg/hora durante 8 a 12 horas (19).

El manejo del dolor se realiza mediante la rehidratación como primera prioridad, esto debido a la posible hipovolemia por fuga vascular y la hemoconcentración, que pueden causar dolor isquémico. Los opioides son seguros para controlar el dolor, su uso se da en forma de bomba de analgesia controlada. El fentanilo se usa cada vez más debido a su mejor perfil de seguridad, la dosis típica en bolo varía de 20 a 50 microgramos (19).

Con respecto a la nutrición, de inicio al paciente se le deja en NPO (nada por vía oral) como en nuestro caso; sin embargo, se recomienda iniciar la vía oral temprana dentro de las 24 horas en pacientes que no presenten íleo, náuseas o vómitos, si el dolor está disminuyendo y si los marcadores inflamatorios van

mejorando. En caso de pacientes con pancreatitis moderadamente grave a grave, que no toleran la vía oral, se decidirá usar la vía parenteral; no obstante, cuando las complicaciones locales comiencen a mejorar, se puede iniciar la vía oral nuevamente (19).

3.3 ROTACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Caso clínico 1

El caso 1 de ginecología y obstetricia es sobre una paciente de 34 años gestante de 40 semanas que llega a la emergencia referida de su centro para posible programación de cesárea, debido a la ausencia de contracciones uterinas, cambios cervicales, y a ecografías en las que se evidenciaba feto grande para edad gestacional. Además, presenta los antecedentes de cesárea el año 2013 y 2019, le proporciona a la paciente un riesgo mayor de ruptura uterina en comparación con el antecedente de una sola cesárea previa (20,21). Antecedente personal: peso pregestacional: 75 kg

Al examen físico presenta signos vitales estables. Peso de 90 kg y Talla de 1.50 m; al calcular el IMC de la paciente resulta en 35.4 kg/m², lo cual la clasifica en un grado de obesidad. En la evaluación abdominal se encuentra una altura uterina 38 cm, feto en longitudinal cefálico derecho, con latidos fetales en 145 latidos/minuto y presencia de movimientos fetales. Al tacto vaginal se encuentra cérvix sin cambios, altura de presentación fuera de pelvis por lo que se da el diagnóstico de presentación alta (21).

Debido a todos los hallazgos se plantean los siguientes diagnósticos: Gesta 5 de 40 semanas 0/7 por ecografía del primer trimestre, No trabajo de parto, Feto grande para edad gestacional y ARO: cesárea 1 vez, presentación alta del feto y obesidad materna. Se plantea la hospitalización y programación para Cesárea.

El parto por cesárea hoy en día se ha convertido en uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes realizados en sala de operaciones. Es tanta la frecuencia con la que se realiza que casi un tercio de los nacimientos se realiza por esta vía. Sin embargo, debido a su alta tasa, se están llevando a cabo

intervenciones para reducir los procedimientos innecesarios, educando, estandarizando, mejorando la preparación del paciente, brindando una segunda opinión, dando una atención más amplia dirigido por el personal de salud sobre las posibles complicaciones de un parto por cesárea y que solo se debe emplear en casos específicos (22).

Existen ciertas indicaciones para el parto por cesárea, siendo tres las más importantes y que abarcan aproximadamente el 70% de los nacimientos por esta vía (22).

1. Falta de progresión durante el trabajo de parto
2. Sufrimiento fetal
3. Presentación fetal inadecuada

Asimismo, existen otras indicaciones, pero que son menos comunes como:

1. Placentación anormal
2. Infección materna con riesgo significativo de transmisión perinatal durante el trabajo de parto
3. Presentación fúndica o colapso de cordón
4. Diátesis hemorrágicas fetales
5. Sospecha de macrosomía (5000 gr en mujeres no diabéticas, 4500 gr en mujeres diabéticas)
6. Obstrucción mecánica del canal de parto
7. Ruptura uterina
8. Cirugía uterina previa que ingreso a la cavidad endometrial (miomectomía)

El tratamiento instaurado en la paciente fue el adecuado. La paciente presentaba el antecedente de peso excesivo pregestacional y ganancia excesiva durante la gestacional. Además, presento un ponderado fetal de 4535 gr hallado en la ecografía, peso que convertía al feto en un probable macrosómico al nacer, que a su vez podría haber presentado una distocia de hombros. La probable macrosomía fetal en asociación con el antecedente de dos cesáreas el 2013 y 2019, aumentaba el riesgo de distocia de hombros y de ruptura uterina respectivamente. Por ende, la finalización de la gestación por cesárea era la indicada (22).

Caso clínico 2

El caso 2 de ginecología y obstetricia trata de una primigesta de 23 años con un tiempo de enfermedad de 3 días aprox. con sintomatología clásica de una infección de tracto urinario (ITU) tales como, disuria, urgencia, polaquiuria; además de síntomas como fiebre/escalofríos y dolor lumbar que nos orientan más a un cuadro de infección de vías urinarias altas complicada. Al examen físico, presento una temperatura mayor de 38 grados (fiebre), la cual estaría asociada a una infección aguda de probable foco urinario. Además, en la evaluación genitourinaria se encontró PPL (+) y PRU (+), signos sugestivos de Pielonefritis aguda. Englobando todos los hallazgos se sugiere el diagnóstico presuntivo de Pielonefritis aguda.

Durante el embarazo se generan cambios fisiológicos morfológicos y funcionales en el tracto urinario, los que aumentan el riesgo de desarrollar una infección urinaria y explican que sea la segunda patología médica más frecuente durante la gestación, solo por detrás de la anemia. Tiene como agente etiológico más frecuente, al igual que en las mujeres no embarazadas, a la E.Coli, además de especies de Klebsiella y Enterobacter (23,25).

El diagnóstico de una ITU se da mediante la asociación de signos y síntomas de ITU, asociada a la solicitud de examen de orina, la cual evalúa la presencia de piuria mediante la prueba de esterasa leucocitaria, la cual es positiva al detectar > 10 leucocitos por campo; y/o la presencia de nitritos; lo cuales son índices confiables de bacteriuria significativa (23, 25).

El diagnóstico confirmatorio se da mediante la solicitud de un Urocultivo que si bien demora mas días en procesarse y dejar crecer el cultivo; es el estudio de elección. En pacientes asintomáticos el umbral estándar para una prueba positiva se da con $\geq 10^5$ unidades formadoras de colonias por mililitro (UFC/ml). Sin embargo, en el caso de la paciente, quien tenía síntomas comunes de ITU la prueba positiva se da con solo $\geq 10^2$ UFC/ml (24).

El manejo de la pielonefritis se da mediante el uso de antibióticos empíricos hasta la llegada de urocultivo. Usualmente, tras el uso de antibióticos, las gestantes muestran una mejoría definitiva dentro de las 24 a 48 horas. Por esta razón, una vez que la paciente maneje temperaturas normales dentro de las primeras 48h,

podrá pasar a terapia por vía oral y ser dada de alta para completar de 10 a 14 días de antibioticoterapia. Los betalactámicos parenterales son de elección en esta patología, los antibióticos utilizados en esta patología son: Ceftriaxona de 1gr EV c/24h durante 2 días, seguido de cefalexina de 500 mg vía oral. En el presente caso, el tratamiento fue el manejo fue el adecuado solicitando los exámenes necesarios, y tratando empíricamente a la paciente como si fuera un cuadro de Pielonefritis (25).

3.4 ROTACIÓN EN PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA

Caso clínico 1

El caso clínico 1 de pediatría es sobre un lactante de 6 meses con un tiempo de enfermedad de 2 días. Refiere heces de consistencia líquida sin moco y sin sangre, asociado a náuseas y vómitos. Al examen físico, signos vitales estables, no se observan signos de deshidratación, resto del examen sin alteraciones. Se solicita reacción inflamatoria en heces, el cual resulta ser positivo; por lo que se da el diagnóstico de Diarrea aguda inflamatoria de etiología Bacteriana. En estos casos es importante saber identificar signos y síntomas de deshidratación como signo del pliegue, trastorno de conciencia, sed, ojos hundidos, mucosas secas o lágrimas ausentes; hallazgos que nuestro paciente no presento.

La diarrea se define como la evacuación de heces blandas o acuosas al menos tres veces en un periodo de 24 horas. puede presentarse como diarrea acuosa, diarrea invasiva (con sangre) o diarrea crónica (26).

La gran mayoría de cuadros diarreicos son debidos a infecciones, siendo los agentes etiológicos mas frecuentes Rotavirus, Cryptosporidium, Shigella y E.Coli enterotoxigénica. El caso de nuestro paciente es particular, debido a que presentaba una diarrea acuosa que según frecuencia debió ser causada por Rotavirus, sin embargo a la reacción inflamatoria en heces se evidencia un patrón bacteriano, por lo que excluíamos la infección viral y nos orientábamos más hacia una infección por E.Coli enterotoxigénica (26).

Para el diagnóstico de esta patología no suelen utilizarse exámenes auxiliares, debido a que la clínica es muy presuntiva de la enfermedad; sin embargo, en casos complejos en donde se sospecha de una enfermedad asociada a la diarrea, como sepsis, neumonía, meningitis, etc., se tendrán que solicitar los exámenes pertinentes para cada enfermedad (26).

El tratamiento más importante en los casos de diarrea de cualquier etiología es la hidratación del paciente. Consiste en corregir la pérdida de líquidos y electrolitos con sales de rehidratación oral (SRO). En el caso de nuestro paciente, debido a que no presentaba signos de deshidratación, la administración de SRO en una dosis de mantenimiento era la ideal, observarlo, verificar que toleren los líquidos y darles de alta. La dosis del SRO en menores de 2 años es de 50 a 100 ml por cada episodio de diarrea o vómitos. La antibioticoterapia no está indicada en la mayoría de los pacientes que presentan diarrea acuosa, debido a que la hidratación es el manejo fundamental. Sin embargo, el uso de antibióticos se ha asociado a una disminución en la necesidad de líquidos y menor duración de la enfermedad. En el caso de nuestro paciente se priorizó la hidratación con dextrosa EV como parte de la reposición de líquidos. Además, se usó la terapia antibiótica con Ampicilina, que, si bien no está recomendada, se buscó cubrir al paciente de una probable sepsis de foco gastrointestinal; asimismo, se usaron sintomáticos contra el dolor abdominal y la fiebre (26).

Caso clínico 2

El caso clínico 2 trata de un paciente de 7 años con un tiempo de enfermedad de aprox. 5 días, en los que refiere malestar general, febrícula, congestión nasal y estornudos. Madre refiere aparición de EMPE en rostro, tórax y región glútea 1 día antes de llegar a la emergencia. Al examen físico funciones vitales estables, y la presencia del EMPE en mejillas como signo de la bofetada, clásico de la infección por Parvovirus humano B19, causante del Eritema infeccioso. Asimismo, presentaba EMPE en extremidades, tórax y región glútea. Por lo que se sugiere el diagnóstico presuntivo de Eritema infeccioso.

El eritema infeccioso o quinta enfermedad causada específicamente por el Parvovirus humano B19, es una patología que se da en mayor frecuencia en niños en etapa escolar. Su transmisión es principalmente respiratoria y presenta una historia de enfermedad clásica, que inicia con signos y síntomas respiratorios análogos a un proceso catarral con febrícula, que con el pasar de los días coincide con la aparición de un exantema maculo papular eritematoso primero en el rostro con enrojecimiento de las mejillas, conocido como el signo de la bofetada. Posteriormente aparecerá el exantema reticulado en encaje en extremidades, tórax y región glútea, estimuladas por la luz solar (27).

El diagnóstico de esta enfermedad se basa principalmente en la clínica de la enfermedad. Sin embargo, existen pruebas serológicas como los anticuerpos IgM e IgG que identifican antígenos de la cápside viral. También existen otros métodos de diagnóstico como la detección de ADN mediante ensayos de PCR, no obstante, no es frecuente su uso, debido a la no disponibilidad y a su costo (28).

El manejo del eritema infeccioso es netamente sintomático y depende de cuales sean las manifestaciones clínicas que más le incomoden al paciente. El uso de antiinflamatorios es usual en este tipo de enfermedades ya que muchas veces suele presentar artralgias asociadas a los demás síntomas ya descritos. Sin embargo, algunos estudios han demostrado la inhibición de la replicación viral con medicamentos como brincidofovir. En el caso de nuestro paciente, se dio debido a la clínica, con el diagnóstico de Eritema infeccioso, por lo que el tratamiento que se le proporcionó fue sintomático con Ibuprofeno 100mg/5ml en una dosis de 10ml cada 8 horas, se observó al paciente y posteriormente se le dio el alta, explicándole a la madre que el cuadro iba a remitir con el pasar de los días (28).

CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico hospitalario 2021-2022 inicio el día 5 de diciembre del 2021; una de las etapas mas importantes para el estudiante de medicina comenzaba, y significaba dar un paso más en el camino hacia la culminación de la carrera médica. El internado médico en Perú desde siempre fue de 12 meses empezando el 1 de enero y terminando el 1 de enero del año siguiente. Sin embargo, debido a la pandemia por COVID – 19, una de las promulgaciones del MINSA, fue prohibir la realización de las practicas medicas hospitalarias, y de esta manera tratar de proteger al interno en relación con el factor de riesgo que el interno tenía al estar en contacto con pacientes con todo tipo de enfermedades y que no se sabia si portaban la infección. Cuando los picos de contagio empezaron a bajar el MINSA saco un comunicado donde dividía el internado médico en dos partes, cada una de 5 meses, ordenando el uso de equipos de protección personal (EPP) y realizando las labores de interno en áreas no COVID; siendo en el caso del autor, la primera mitad en un centro da salud de Comas y la segunda mitad en el Hospital Sergio E. Bernales, que es justamente el lugar en donde se centra todo este trabajo de suficiencia.

El internado médico hospitalario del autor fue realizado en el Hospital Sergio E. Bernales, un centro de complejidad I-3 del MINSA, que atiende a pacientes de distinto estrato económico, en su mayoría de bajos recursos. Afortunadamente, durante la pandemia se habilito el seguro integral de salud (SIS) a todos los peruanos, sistema que ayudo a proporcionar la gran mayoría de implementos y/o medicamentos para la atención integral del paciente; sin embargo, debido a la escasez de recursos básicos del hospital, tales como gasas, apósitos, alcohol, vendas, hilos, vías de canalización, etc., muchas veces se le tuvo que prestar al paciente ciertos implementos para su tratamiento; en relación a esto, también hubieron quejas de parte de los pacientes respecto a la escasez de recursos, etc.

Igualmente, a pesar de que la infraestructura del hospital no era tan antigua comparado con otros centros, y no se veían casos de rajaduras en columnas o paredes al borde del colapso, el espacio construido del hospital, sin temor a equivocarme, era menos de la mitad del terreno dado para su edificación. Por

ende, los espacios de ciertos servicios eran limitados, teniendo que estar cuatro o cinco personas en un espacio de menos de cuatro metros cuadrados. Tomando como ejemplo el servicio de emergencia de ginecología y obstetricia, muchas veces se tenía la escena del asistente, residente e interno atendiendo a la paciente, en el pequeño cuarto designado para el tópico de emergencia de dicha especialidad.

Por otro lado, el Hospital no contaba con un área adecuada de filtro de pacientes, donde se pueda separar al paciente COVID y no COVID, por ende, el interno estaba expuesto a la infección de manera constante; este hecho es tan relevante que muchas veces llegaban pacientes a cualquier servicio de emergencia con cuadros febriles, y que al realizarles la prueba de antígeno COVID, resultaban siendo positivos; y para ese momento los internos ya habían tenido contacto cercano con el paciente al hacerles la historia clínica, tomándoles funciones vitales, evaluándolos en el examen físico, etc. En consecuencia, los internos de medicina terminaban contagiándose y presentando signos y síntomas clásicos de COVID – 19, como malestar general, fiebre, congestión nasal, tos, etc.; síntomas que dificultaban el trabajo físico y mental al que el interno estaba acostumbrado; teniendo que acudir al área de medicina ocupacional y con una prueba positiva recibir los días de descanso para su recuperación optima. Asimismo, el hospital no contaba con los recursos necesarios para brindar a todo el personal el EPP necesario, por lo que solo nos entregaban el equipo 1 vez cada 15 días aproximadamente. El interno no tenía equipos de protección y se veía obligado a reusar el EPP por 4 – 5 días, tratando de ahorrar la mayor cantidad de los gorros, mandiles y botas descartables.

Por último, La estadía en el hospital fue de 5 meses, repartidos en 1 mes y 1 semana por cada rotación (cirugía general, medicina interna, ginecología y obstetricia, y pediatría y neonatología); tiempo en el que los residentes y asistentes trataron de compartirnos sus conocimientos de cualquier modo, encontrando siempre una forma didáctica de explicar la situación del paciente y la patología que lo aquejaba, durante las visitas médicas, las guardias en emergencia y en los pocos tiempos libres que encontraban. Para el autor, el aprendizaje verdaderamente fue completo, desde la atención de manera

empática, la identificación de signos y síntomas, el hallazgo de un diagnóstico certero y el tratamiento adecuado que se le debía instaurar al paciente.

CONCLUSIONES

El internado medico es la mejor etapa del estudiante de medicina, es un periodo fundamental donde verdaderamente se aprende a amar la carrera de medicina; durante ese año se consolidan los conocimientos aprendidos previamente durante los 6 años previos, tanto teóricos como prácticos; y se afianza la relación que se tiene con el paciente en el contexto de calmar su malestar o curar su enfermedad.

Las rotaciones que se llevan en el hospital son de crucial importancia, debido a que se nos muestran las patologías más frecuentes en la población, en este caso del cono norte. Información que nos servirá cuando nos encontremos en el servicio rural, lejos de especialistas, residentes de las diferentes especialidades; y donde lo único que tendremos a la mano serán nuestros conocimientos y los medios de manejo más básicos.

A pesar de tener un internado medico distinto al de otros años, el poco tiempo que pude acudir al hospital fue el de mayor productividad, y mucho dependerá de cómo el estudiante de medicina aprovechó las oportunidades que se le da, y si en caso no se las ofrecen, el entusiasmo y las ganas de querer aprender te impulsaran a quedarte mas tiempo en las guardias, estudiar a los pacientes de hospitalización y consultar las dudas que se tengan a los residentes o especialistas.

RECOMENDACIONES

- Aumentar el tiempo del internado hospitalario, ya que es ahí en donde se observa mayor cantidad de pacientes, por ende, mayor cantidad de patologías donde se puede afianzar el diagnóstico y el tratamiento adecuado.
- Incrementar la cantidad de internos por cada rotación, para así disminuir la sobrecarga laboral que tiene el estudiante de medicina, debido a funciones que realiza sin ser propias de ellos.
- Mejorar la gestión en la sede hospitalaria en cuanto a insumos, materiales biomédicos e infraestructura, para poder brindar una mejor calidad de atención al paciente.
- Disminuir las actividades de papeleo administrativo y técnico;
- Evitar que el interno realice funciones que le corresponden a otro personal de la salud, tales como el llevar pacientes dentro del hospital para exámenes de apoyo diagnóstico (ecografías, radiografías, tomografías, etc.), el hacer el trámite de papeleo para la realización de dichos exámenes, llevar exámenes auxiliares al laboratorio, etc. Por ende deberían estandarizarse las funciones que le corresponden al interno, en relación a sus deberes y derechos.

FUENTES DE INFORMACION

1. ASIS – Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Portal Institucional [Internet]. [citado 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://portal.hnseb.gob.pe/epidemiologia/asis/>
2. Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19-DECRETO SUPREMO-N° 044-2020-PCM [Internet]. [citado 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-declara-estado-de-emergencia-nacional-po-decreto-supremo-n-044-2020-pcm-1864948-2/>
3. Arroyo-Ramirez FA, Rojas-Bolivar D, 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 Médica Peruana. octubre de 2020;37(4):562-4.
4. Polar Gomez FL. Internado médico en un hospital del MINSA y ESSALUD en Lima, 2020-2021. Repositorio Académico USMP [Internet]. 28 de mayo de 2021 [citado 3 de marzo de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/8075>
5. Infante Ynfante AJ. Experiencia del internado médico en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales periodo 2020 - 2021. Repositorio Académico USMP [Internet]. 2021 [citado 3 de marzo de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/8059>
6. Nieto-Gutierrez W, Taype-Rondan A, Bastidas F, Casiano-Celestino R, Inga-Berrosipi F. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014. Acta Médica Peruana. abril de 2016;33(2):105-10.
7. Ramírez Fernández CR. El desempeño profesional por competencias y su satisfacción laboral, en los médicos del Hospital Sergio E. Bernales de Lima, 2015. 2017.
8. Albitres-Flores L, Pisfil-Farroñay YA, Guillen-Macedo K, Niño-Garcia R, Alarcon-Ruiz CA, Albitres-Flores L, et al. Percepción de los internos sobre la suspensión del internado médico durante la cuarentena por la COVID-

19. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. julio de 2020;37(3):504-9.
9. Tapia Villanueva RM, Núñez Tapia RM, Syr Salas Perea R, Rodríguez-Orozco AR. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas: México en el contexto latinoamericano. Educación Médica Superior. diciembre de 2007;21(4):0-0.
10. Luna-Porta L, Mayor-Vega A, Taype-Rondán Á. Síndrome de burnout en estudiantes de pregrado de medicina humana: un problema escasamente estudiado en el Perú. Anales de la Facultad de Medicina. enero de 2015;76(1):83-4.
11. Hernández-Cortez J, León-Rendón JLD, Martínez-Luna MS, Guzmán-Ortiz JD, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cirujano general. marzo de 2019;41(1):33-8.
12. Santhi Swaroop Vege, MD. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 27 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis%20agua&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
13. Douglas Smink, MD, MPH, David I Soybel, MD. Management of acute appendicitis in adults - UpToDate [Internet]. [citado 3 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis%20auda&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
14. Yegros Ortiz C, Feltes Villalba SC, Duarte DB, et al. Aplicación de criterios de Tokio para el diagnóstico de colecistitis aguda en el Departamento de Urgencia Adultos del Hospital Nacional, Itauguá. 2022. Disponible en http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2072-81742021000100031&lng=en&nrm=iso&tlng=es. Revista del Nacional (Itauguá). junio de 2021;13(1):31-40.
15. Salam F. Zakko, MD, FACP, AGAF, Nezam H. Afdhal, MD, FRCPI. Acute calculous cholecystitis: Clinical features and diagnosis - UpToDate

- [Internet]. [citado 27 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=colecistitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~129&usage_type=default&display_rank=1#H7
16. Rodriguez AE, Restrepo MI. New perspectives in aspiration community acquired Pneumonia. *Expert Rev Clin Pharmacol.* octubre de 2019;12(10):991-1002.
 17. Michael Klompas, MD, MPH. Aspiration pneumonia in adults - UpToDate [Internet]. [citado 22 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/aspiration-pneumonia-in-adults?search=neumonia%20aspirativa&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H690798626
 18. Arroyo-Sánchez AS, Aguirre-Mejía RY, Arroyo-Sánchez AS, Aguirre-Mejía RY. Perfil clínico y resultados de la pancreatitis aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios de un hospital general. *Revista de Gastroenterología del Perú.* enero de 2020;40(1):36-45.
 19. Santhi Swaroop Vege, MD. Management of acute pancreatitis - UpToDate [Internet]. [citado 27 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=acute%20pancreatitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
 20. Landon MB, Spong CY, Thom E, Hauth JC, Bloom SL, Varner MW, et al. Risk of uterine rupture with a trial of labor in women with multiple and single prior cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* julio de 2006;108(1):12-20.
 21. Agudelo-Espitia V, Parra-Sosa BE, Restrepo-Mesa SL. Factores asociados a la macrosomía fetal. *Rev Saude Pública.* 2 de diciembre de 2019;53:100.
 22. Berguella V. Nombre del artículo, Uptodate. 2022. Disponible en https://www.uptodate.com/contents/cesarean-birth-preoperative-planning-and-patient-preparation?search=indicaciones%20cesarea&topicRef=5405&source=see_link

23. Herráiz MÁ, Hernández A, Asenjo E, Herráiz I. Infección del tracto urinario en la embarazada. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 3 de diciembre de 2005;23:40-6.
24. Alain Meyrier, MD. Sampling and evaluation of voided urine in the diagnosis of urinary tract infection in adults. 2022. Disponible en https://www.uptodate.com/contents/sampling-and-evaluation-of-voided-urine-in-the-diagnosis-of-urinary-tract-infection-in-adults?search=examen%20de%20orina&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H3019588
25. Thomas M. Hooton, Kalpana Gupta, MD, MPH. Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in pregnancy. 2022. Disponible en https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?search=pielonefritis%20gestantes&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H253487567
26. Jason B Harris, MD, MPH, Mark Pietroni, MA, FRCP, FFPH, DTM&H. Approach to the child with acute diarrhea in resource-limited countries - UpToDate [Internet]. [citado 27 de febrero de 2022]. Disponible en: [uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-acute-diarrhea-in-resource-limited-countries?search=diarrea%20aguda%20niños&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-acute-diarrhea-in-resource-limited-countries?search=diarrea%20aguda%20niños&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
27. Palacios-López CG, Durán-Mckinster C, Orozco-Covarrubias L, Saéz-de-Ocariz M, García-Romero MT, Ruiz-Maldonado R, et al. Exantemas en pediatría. *Acta pediátrica de México*. octubre de 2015;36(5):412-23.
28. Jeanne A Jordan, PhD. Clinical manifestations and diagnosis of parvovirus B19 infection [Internet]. [citado 3 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-parvovirus-b19-infection?search=eritema%20infeccioso&source=search_result&selectedTitle=1~63&usage_type=default&display_rank=1#H1295526574