

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL SERGIO  
BERNALES, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO-BREÑA E  
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR  
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

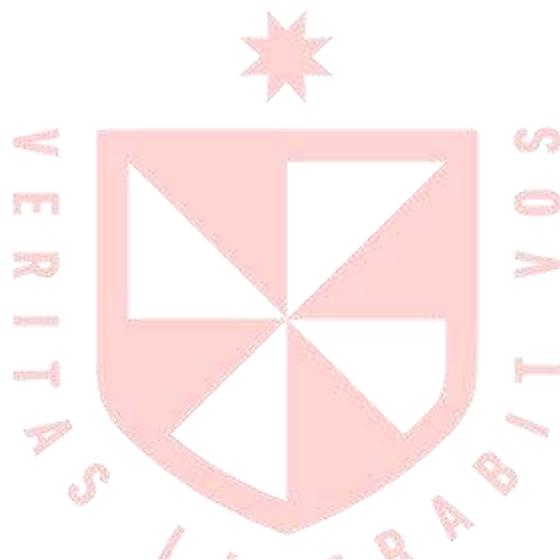
**HERNAN MADERA GARCES  
ALEJANDRO AGUSTIN MELGAREJO CASTILLO**

ASESOR

OSCAR OTOYA PETIT

LIMA - PERÚ

2023



**Reconocimiento  
CC BY**

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL SERGIO  
BERNALES, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO-BREÑA E  
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2022-2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR**

**HERNAN MADERA GARCES  
ALEJANDRO AGUSTIN MELGAREJO CASTILLO**

**ASESOR  
MG. OSCAR OTOYA PETIT**

**LIMA - PERÚ**

**2023**

## **JURADO**

**Presidente: Dra. UGARTE REJAVINSKY KARIM ELIZABETH**

**Miembro: Dra. MARIA ELENA CASTRO VALLEJO**

**Miembro: Dr. CYNTHIA LEGNA HUBY MUÑOZ**

## **DEDICATORIA**

Para todas aquellas personas que nos apoyaron a lo largo de la carrera; a nuestros padres, familiares cercanos, tíos, abuelos que permanecieron apoyándonos a través de este largo camino de 7 años que involucra estudiar esta hermosa, pero sacrificada profesión. También un reconocimiento a todos aquellos doctores que nos dejaron sus enseñanzas, no solo en el internado, sino también a lo largo de todo el tiempo que estuvimos en formación.

## ÍNDICE

<b>PORTADA</b>	<b>1</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>3</b>
<b>ÍNDICE</b>	<b>4</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>5</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>6</b>
<b>REPORTE DE SIMILITUD</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b>	<b>27</b>
<b>CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	<b>29</b>
<b>CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	<b>45</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>46</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>47</b>
<b>FUENTES DE INFORMACION</b>	<b>48</b>

## RESUMEN

La carrera de medicina humana en el Perú tiene una duración de 7 años, en el último de esos, se realiza el internado médico. Todos los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera serán utilizados en el ámbito hospitalario. Asistentes y residentes supervisarán y enseñarán los distintos procedimientos a realizar en los diferentes servicios. En este año de internado, se rotó por los servicios de Pediatría, Medicina Interna, Cirugía y Ginecología y Obstetricia. Debido a la coyuntura nacional que se vivió por la pandemia de COVID 19 el internado se retrasó un par de meses dando inicio el 1 de junio de 2022. El presente trabajo expone parte de la vivencia en los diferentes hospitales: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Instituto Nacional de Salud del Niño de Breña e Instituto Nacional Materno Perinatal. Se relatará, de manera breve, las funciones básicas del interno de medicina. Además, una descripción de 16 casos clínicos de las 4 áreas antes mencionadas.

**Palabras clave:** Internado, pacientes rotación

## **ABSTRACT**

The human medicine program in Peru lasts for 7 years, with the final year dedicated to completing medical internship. All the knowledge gained throughout the program is put into practice in a hospital setting, with assistants and residents supervising and teaching various procedures in different departments. During the internship year, rotations are completed in Pediatrics, Internal Medicine, Surgery, and Obstetrics and Gynecology. Due to the national situation resulting from the COVID-19 pandemic, the internship was delayed by a couple of months and began on June 1st, 2022. This paper presents a portion of the experience gained at various hospitals, including the National Hospital Sergio E. Bernales, National Children's Health Institute of Breña, and National Maternal Perinatal Institute. It briefly outlines the basic functions of a medical intern and provides descriptions of 16 clinical cases from the aforementioned 4 areas. Keywords: internship, patients rotation

## NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO  
EN EL HOSPITAL SERGIO BERNALES, IN  
STITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NI

## AUTOR

HERNAN MADERA GARCES

## RECUESTO DE PALABRAS

9944 Words

## RECUESTO DE CARACTERES

54432 Characters

## RECUESTO DE PÁGINAS

47 Pages

## TAMAÑO DEL ARCHIVO

96.9KB

## FECHA DE ENTREGA

Apr 4, 2023 2:10 PM GMT-5

## FECHA DEL INFORME

Apr 4, 2023 2:11 PM GMT-5

● 11% de similitud general

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

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Cross

● Excluir del Reporte de Similitud

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

MG OSCAR OTOYA PETTI  
ASESOR

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2877-2147>

## INTRODUCCIÓN

La carrera de medicina humana en el Perú tiene una duración de 7 años, en el último de esos, se realiza el internado médico. Básicamente es un año donde aplicas todos tus conocimientos condensados que fueron adquiridos a lo largo de la carrera. Todo esto será aplicado en un ámbito hospitalario donde los estudiantes entraran en un contacto más estrecho con los servicios de salud (1).

Todas las etapas que va pasando el estudiante de medicina son esenciales para su formación, en especial el internado médico. Esto se debe a que se comienza a familiarizar con el proceso minucioso y delicado que lleva el diagnóstico gracias a las atenciones efectuadas por los médicos especialistas. Además, tienen la oportunidad de realizar el seguimiento del paciente durante su estancia hospitalaria.

Básicamente se rotan por 4 áreas importantes: Pediatría, Medicina Interna, Cirugía Y Ginecología -Obstetricia donde los conocimientos teóricos que poseen los estudiantes se ponen en contraste con la práctica (1).

Se realizó en los distintos hospitales ubicados en Lima, entre los cuales están Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Instituto Nacional de Salud del Niño de Breña, Instituto Nacional Materno Perinatal.

Debido a la coyuntura nacional que se vivió en los años anteriores por la pandemia de COVID-19, las carreras del área de salud se vieron afectadas y en el contexto de medicina humana el internado fue retrasado un par de meses. Además, en el año 2022 la convocatoria de los hospitales de EsSalud no fue abierta a los internos, por ende, la totalidad de internos se repartió entre sanidades de fuerzas armadas, PNP y Minsa. El 16 de mayo de 2022 se aprueba la "Directiva

Administrativa para el desarrollo de actividades del Internado en Ciencias de la Salud” en la Resolución Ministerial n.º 351-2022/MINSA (2).

Este trabajo presenta parte de las experiencias vividas durante el internado médico en el periodo 2022-2023.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

A continuación, se presenta 16 casos clínicos durante las rotaciones de pediatría, ginecología, cirugía, medicina interna y forman parte de las vivencias vividas en este internado 2023.

### **I.1. Rotación en Pediatría**

La primera rotación del internado dio inicio el 01 de junio del 2022 para todos los internos que postularon una plaza Minsa.

#### **Caso clínico N° 1**

Paciente, mujer de 14 años es traída por su madre a la emergencia del INSN porque la nota “triste, apática”, refiere que no tiene la misma emoción por hacer las cosas como antes. Además, refiere que la nota demasiado delgada y que ha perdido peso en los últimos meses debido a que no quiere aceptar la comida que se le prepara en su hogar. También menciona que está en tratamiento de anorexia nerviosa.

Al examen físico:

Piel fría, elástica, sin signos de deshidratación, tejido celular subcutáneo disminuido. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, ruidos normales.

Funciones biológicas:

- Apetito: disminuido
- Sed: disminuida
- Deposiciones: disminuida
- Sueño: Aumentado
- Orina: disminuida

Con todos estos datos y la exploración física el medico llego a los siguientes diagnósticos:

- Anorexia nerviosa en tratamiento
- Desnutrición crónica

- Trastorno depresivo

Plan de trabajo:

- Dieta blanda a tolerancia más LAV
- Monitoreo de funciones vitales
- Vigilar patrón respiratorio
- Pasar a reposo

### **Caso clínico N° 2**

Paciente de 10 años es traído a emergencia del INSN presentando desde hace 1 día 5 deposiciones líquidas sin moco sin sangre. Refiere náuseas, no vómitos y última deposición hace 2 horas de similares características.

Al examen físico:

- Piel: Turgente, hidratada y elástica, llenado capilar normal, Mucosa oral húmeda.
- TCSC: conservado.
- Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.
- Abdomen: Blando, depresible, Ruidos hidroaéreos aumentados doloroso a la palpación.
- Sistema nervioso central: LOTEP, pupilas isocóricas

Con este relato se planteó como diagnóstico:

- Diarrea aguda infecciosa

Plan de trabajo

- Suero de rehidratación oral 5ccx kilogramo de peso por vómito y 10cc por kilogramo de peso por deposición líquida.

### **Caso clínico N° 3**

Paciente de 8 años es llevado a emergencia con tiempo de enfermedad de 3 días de inicio insidioso curso progresivo, con antecedente de asma. Madre refiere que cursa con tos exigente, rinorrea y agitación. El día anterior a su ingreso a emergencia persiste sintomatología agregándose tirajes subcostales leve.

Al examen físico

- Frecuencia cardiaca 70, frecuencia respiratoria 32
- Piel: Turgente, húmeda elástica, llenado capilar normal, tejido celular subcutáneo conservado, no cianosis.
- Tórax y pulmón: sibilancias difusas en ambos campos pulmonares al final de la inspiración, tirajes subcostales leve (+/+++)
- CV: Ruidos cardiacos normales
- SNC: ubicado en tiempo espacio y persona

Con estos síntomas del paciente se planteó:

- Crisis asmática leve

Plan de trabajo:

- SABA 4 a 10 inhalaciones mediante aerocámara repitiendo cada 20 minutos durante 1 hora

#### **Caso clínico N° 4**

Paciente, mujer de 4 años con tiempo de enfermedad de 1 semana. Forma de inicio insidioso y con curso progresivo. No tiene antecedentes patológicos de importancia. Empezó presentando fiebre de 39.5 ° cede parcialmente con antipiréticos, se asocia a tos esporádica con movilización de secreciones claras. En los días posteriores, persiste con la fiebre. Un día antes del ingreso paciente refiere palpitations y dolor torácico en hemitórax izquierdo solamente asociado a fiebre. Es llevado por madre al INSN por persistencia de síntomas en el cual le hacen exámenes de laboratorio que revelan:

- Leucocitosis de 21200
- PCR: 19.3
- Segmentados: 77.4 %
- Linfocitos 6.8 %
- Abastionados 3 %

También se le realiza una radiografía donde se ve imagen de consolidado en hemitórax superior derecho.

Funciones vitales

Frecuencia cardiaca: 80 latidos por minuto

Frecuencia respiratoria: 45 respiraciones por minuto

Saturación de oxígeno: 95 %

Al examen físico

Piel y faneras: turgente, húmeda, elástica, llenado capilar normal.

Tórax y pulmón amplexación simétrica, no tiraje, murmullo vesicular audible en ambos hemitórax, pero disminuidos en lóbulo superior derecho, crepitantes en misma zona.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, regulares de buena intensidad.

SNC: Despierto reactivo a estímulos, Orientado

Se plantea como diagnóstico:

- Neumonía adquirida en la comunidad

Plan de trabajo:

- Amoxicilina 90 mg x kg x día VO cada 8h 7 a 10 días
- Reevaluación a las 48 horas

## **I.2. Rotación en Ginecología-Obstetricia**

### **Caso clínico N.º1**

Paciente, mujer de 35 años que acude a emergencia del INMP refiriendo contracciones uterinas frecuentes y perdida de líquido hace 3 horas. Percibe movimientos fetales, no sangrado, niega síntomas de irritación cortical.

Sus funciones vitales fueron:

- Temperatura: 36.8 °C
- Presión arterial: 120/80 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 60 Latidos por minuto
- Frecuencia respiratoria: 12 respiraciones por minuto

Al examen físico

- Estado general y sensorio: Aparente regular estado general, ubicada en tiempo espacio y persona, despierta responde a estímulos.
- Aparato cardiovascular y respiratorio: Ruidos cardiacos rítmicos, regulares, Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

- Aparato urinario: PRU y PPL negativos
- Abdomen: Útero grávido, tono conservado, movimientos fetales presentes.
- Canal Vaginal: líquido claro sin mal olor
- Cérvix: Dehiscente 2 dedos, blando, centrado
- Al tacto vaginal: Incorporación de 70 %, altura de presentación - 3

Se plantea los diagnósticos de:

- G3 de 37 semanas 3 días x UR
- No trabajo de parto
- Ruptura prematura de membranas, sin otra especificación (O42.9)

Plan de trabajo:

- NACL 0.9 % 1000cc-30gotas
- Control de dinámica uterina + LCF
- Control de funciones vitales
- Pasar a observación y reevaluar

## **Caso clínico N.º2**

Paciente, mujer de 44 años con Gestación de 17 semanas, acude a emergencias con indicación de estudio por gestación comprometida por mioma uterino hace 2 semanas y media. Paciente refiere pérdida de líquido claro que se ha acentuado. Al momento no sangrado vaginal, no dolor pélvico.

Funciones biológicas:

Sed, apetito, orina, deposiciones, sueño todas normales y conservadas.

En hábitos de consumo: niega alcohol, drogas

No antecedentes de importancia, vacunas completas y PAP realizado el 2019 negativo.

Antecedentes familiares de madre y padre con hipertensión y diabetes

Examen físico:

- Estado general y sensorio: Paciente en regular estado general, nutricional y de hidratación.
- Piel y faneras: turgente, húmeda y elástica, llenado capilar

normal, no edemas

- Tórax y pulmones: sin alteraciones
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, regulares y pulso periférico palpable.
- Abdomen: blando depresible, ruidos hidroaéreos presentes y útero grávido. Altura uterina de 22 cm.

Informe ecográfico:

- Gestación única de 17 semanas 5 días por eco del primer trimestre
- Peso fetal percentil 23 para la edad gestacional.
- Feto en anhidramnios
- Se observa mioma de gran tamaño que mide 251x156MM, que vas desde fondo uterino hasta cérvix y desplaza al feto hacia el flanco izquierdo alejado del cérvix. Se observa aumento de la vascularización cervical probablemente por la cercanía del mioma.

### **Caso clínico N.º3**

Paciente de 40 años con 39 semanas de gestación llega a emergencia de INMP refiriendo cefalea y escotomas. Además, aumento de volumen de miembros inferiores.

Funciones vitales

- Frecuencia cardiaca: 86 latidos por minuto
- Frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto
- Presión arterial: 145/90 mmHg y posteriormente se hace otra medición a las 4 horas con resultado de 150/90 mmHg.

Examen físico

- Piel y faneras: Turgente, seca, elasticidad normal
- Abdomen: altura uterina de 35 cm y feto en posición cefálico longitudinal derecho, con latidos cardiacos fetales de 155.
- Antecedente de importancia: cesaría previa por preeclamsia con criterio de severidad.

Se plantea como posibilidad diagnostica preeclamsia con signos de severidad.

Se le pide set de preeclamsia:

- Proteínas: 2+
- Para evaluar la función renal creatinina: 1.4
- Plaquetas: 110000
- TGO: 80
- TGP: 60

Se realiza cesárea de emergencia y posterior a ello le remiten los síntomas, la presión arterial disminuye y es dada de alta a los 3 días posterior a la realización de la cirugía.

En cuanto al producto nació vivo y sin ninguna otra complicación.

#### **Caso clínico N.º4**

Paciente primigesta de 26 años con 11 semanas de gestación por FUR acude a consulta para lectura de sus resultados de urocultivo. Como resultado se encuentra urocultivo positivo (>100000 UFC) para *E. coli*. La paciente viene refiriendo que ella no presenta ningún síntoma o malestar.

Funciones vitales

- Frecuencia cardíaca: 76
- Frecuencia respiratoria: 16
- Temperatura: 36.9°
- Presión arterial: 100/70

Funciones biológicas

- Apetito y sed: conservado
- Orina: normal
- Deposiciones: normal
- Sueño: conservado

Al examen físico

- Piel y faneras: turgente, húmedo, elástico, llenado capilar normal
- Tórax y pulmón: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- Cardiovascular: Normal
- Genitourinario: PRU: negativo, PPL: negativo
- SNC: Orientada en tiempo espacio y persona, despierta, reactiva

estímulos.

Se plantea los diagnósticos

- Bacteriuria asintomática

En caso de esta paciente, al ser gestante en su primer trimestre de embarazo, se debe dar tratamiento a pesar de tratarse de una bacteriuria asintomática por los riesgos que implicaría con el embarazo. Por este motivo se le dio nitrofurantoina 100mg cada 12 horas por 7 días.

### **I.3 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA:**

#### **Caso clínico N° 1**

Paciente femenina de 68 años procedente de Lima llegó a emergencia refiriendo presentar san grado profuso por la boca hace 2 horas de evolución y dolor en la región retroesternal.

Antecedentes de importancia: Obesidad grado 2, esteatosis hepática diagnosticada de forma particular en 2015, hipertensión arterial.

Examen físico:

FC: 96 por minuto FR: 23 por minuto SatO<sub>2</sub>: 97% Temperatura: 36.5 °C

Abdomen: Matidez cambiante y en flancos, signos de la oleada ascítica, elevación del diafragma, circulación colateral abdominal.

Piel y mucosa: Coloración amarillenta de piel (ictérica), resto del examen no contributivo.

Se plantea el diagnóstico presuntivo de hemorragia digestiva alta por varices esofágicas de etiología cirrótica y se solicitan los exámenes de hemograma, urea, creatinina, glucosa, transaminasas, fosfatasa alcalina y proteínas totales.

El manejo inmediato es fluidoterapia con suero fisiológico, omeprazol y octreótido. Se logra controlar el sangrado.

Horas después se obtienen los resultados

TGO:60, TGP:65, UREA:54, FA:165, HB: 10.2 y resto de exámenes con valores dentro de la normalidad.

Se le realizó ecografía abdominal donde no se evidenciaron liquido libre en cavidad abdominal de 120cc. Además, se aprecia hígado con aumento de diámetro longitudinal de lóbulo izquierdo con signos de cirrosis.

Se hospitaliza al paciente para mayor estudio. En el segundo día de hospitalización se programa una endoscopia alta exploratorio donde se evidencia 2 varices esofágicas grado 3 y se realiza la ligadura de estas. Al tercer día de hospitalización, se concluye el diagnostico definido de cirrosis hepática, lo cual fue el origen de las varices esofágicas. Paciente se encuentra estable hemodinámicamente y ventilando adecuadamente sin apoyo oxigenatorio, en condiciones de alta médica.

Se precisa a los familiares y al paciente sobre los diagnostico y origen del sangrado. Además, se le explica los cuidados y medicación que deberá cumplir la paciente.

Se procede al alta médica con propanolol, espironolactona y lactulosa. Además de recomendarle una dieta hipocalórica para reducir obesidad mórbida y actividad física gradual.

## **Caso clínico N° 2**

Paciente varón de 82 años es traído a emergencia por su hijo por presentar dolor retroesternal irradiado a miembro superior izquierdo que no disminuye con reposo. Sus funciones vitales fueron:

FC: 88 por minuto            FR: 21 por minuto    SatO2: 96 %

PA: 110/70 mmHg            T: 36.0 °C

Examen físico

-Cardiovascular: Dolor retroesternal no cede al reposo, se aprecia choque de puntas en la exploración cardiaca. Pulso cardiaco rítmico de buena intensidad, no soplos audibles

-Tórax y pulmón: MV pasa correctamente por ambos campos pulmonares no rales audibles

. Antecedentes: IMA ST elevado hace 10 años y HTA

Plan:

Se solicita un EKG y enzimas cardíacas de manera urgente. Además, se le suministra analgesia con nitratos.

Se obtiene los resultados:

-EKG: ST elevado V1 a V4

-Enzimas cardíacas: Troponina y mioglobina elevadas

Se concluye como diagnóstico definitivo de IMA ST elevado de región antero septal cardíaca, se procede a realizar interconsulta con el servicio de cardiología para realizar manejo por hemodinámica. Se indica en el plan antiagregante, anticoagulantes, analgesia y programación de angioplastia.

Se comunica que el hospital no cuenta con el servicio de angioplastia coronaria por lo cual se coordina con la referencia a un hospital de mayor complejidad.

Al tercer día, se recibe la contrarreferencia del paciente post-angioplastia coronaria indicando que se encontró lesión de más del 70 % de la arteria coronaria descendente anterior 1/3 distal, por lo cual se procedió a la colocación de un STEM.

El servicio de cardiología del hospital evalúa al paciente encontrándose hemodinámicamente estable y ventilando adecuadamente sin apoyo oxigenatorio, en condiciones de alta. Se le agrega a su medicación anticoagulante y antiagregante a su tratamiento de HTA.

### **Caso clínico N° 3**

Paciente varón de 58 años ingresa al servicio de emergencia refiriendo dolor de cabeza hace 2 horas y visión de mosquitos o puntos negros hace 1 hora. Además, paciente refiere no tomar medicación para HTA hace 2 semanas por pérdida de pastillas.

Antecedentes de importancia: Diagnóstico de Hipertensión arterial hace 10 años con tratamiento de Losartan 50mg cada 24 h.

Sus funciones vitales fueron:

FC: 80 por minuto      FR: 21 por minuto SatO2: 96 %

PA: 200/130 mmHg T: 36.0 °C

### Examen físico

- Cardiovascular: Se aprecia choque de puntas con desviación izquierda, presencia de tercer ruido cardiaco de buena intensidad.
- Tórax y pulmón: MV pasa correctamente por ambos campos palomares, no ruidos agregados

Se concluye como diagnostico principal como crisis hipertensiva en categoría de emergencia hipertensiva por afección de órgano blanco.

### Plan

Suministrar antihipertensivo endovenoso (Nitroglicerina) y control de funciones vitales cada 15 minutos. La PA disminuye en 20 %, 160/85 mmHg, se logra estabilizar hemodinámicamente al paciente y se procede a iniciar antihipertensivo vía oral con Captopril vo hasta lograr PA adecuada.

A las 4 horas el paciente se encuentra con la P.A. adecuada sin ninguna complicación, se le indica Losartan 50 mg cada 24 horas y control por consultorio externo en 1 semana . Se procede con el alta médica.

### **Caso clínico N° 4**

Paciente varón de 18 años acude a consultorio externo de Dermatología refiriendo presentar granos y lesiones dolorosos en la cara y región dorsal desde hace 2 años. Los cuales aparecieron de manera progresiva y se exacerban al consumo de lácteos y en cuadros de estrés.

Antecedente de importancia: Sobrepeso, hermano mayor y padre con historia de lesiones similares en la juventud.

Sus funciones vitales fueron

FC: 80 por minuto      FR: 18 por minuto      SatO2: 98 %

PA: 110/60 mmHg      T: 36.0 °C

Examen físico:

- Piel y mucosa: Lesiones pustulosas, papulares y comedogénicas presente en toda la región facial, con mayor predominio en frente, lesiones papulares en región dorsal abundante. Mucosas hidratadas sin patologías. Resto del examen físico no

contributivo.

Se plantea como diagnóstico un cuadro de acné grado 3 por la presencia de pústulas y pápulas; exacerbados por cuadros de estrés y dieta rica en derivados lácteos.

Plan:

- Se solicita como exámenes complementarios triglicéridos, colesterol y glucosa en ayunas; para descartar síndrome metabólico. Igualmente, perfil hepático para el uso de retinoide.

Resultados de laboratorio normales.

Se decide proceder con el inicio de tratamiento con Isotretinoína 10mg cada 24h. Acompañado con una correcta limpieza facial, el evitar consumo de lácteos y estar en situaciones de estrés que exacerben estos cuadros, el uso de bloqueador de manera constante y la no exposición a la luz solar durante este tratamiento.

Además de lo que indica que la dosis de la Isotretinoína se irá incrementando de acuerdo con la evolución del acné. Indicándole un control mensual con dermatología para ver la evolución del cuadro.

#### **I.4 Rotación en Cirugía:**

##### **Caso clínico N° 1:**

Paciente, varón de 34 años llega a la emergencia traído por su hermano refiriendo que hace 12 horas sufrió dolor abdominal agudo que comenzó en epigastrio de forma difusa y al pasar las horas fue localizándose en flanco izquierdo e incrementándose el dolor. Además, el paciente refiere que presentó alza térmica hace 3 horas y falta de apetito.

Antecedente de importancia: Paciente asmático y alérgico a los corticoides, no presenta ninguna intervención quirúrgica.

Signos vitales

T°: 37.6    FC: 116    FR: 22    PA: 112/72 mmHg SatO<sub>2</sub> 98 %

Al examen físico

- Abdomen: Dolor a la palpación superficial y profunda en cuadrante inferior izquierdo, signo de Mc burney positivo, ruidos hidroaéreos presente, matidez hepática conservada y signo de Blumberg positivo.
- Aparato urinario: PPL (-), PRU (-), no globo vesical. Resto de examen físico no contributivo

Se plantea el diagnóstico sindrómico de dolor abdominal agudo como posible etiología apendicitis aguda complicada

Plan:

- Se solicita hemograma, PCR, urea, creatinina y ecografía abdominal completa.

Los resultados indican una leucocitosis con desviación izquierda presenta en el hemograma y un PCR elevada al doble de su valor normal; restos de exámenes no hallazgos contributivos

Con las pruebas de laboratorio y la clínica del paciente se concluye con una apendicitis aguda complicada, se decide en el plan de trabajo la preparación para entrar a sala de operaciones para una apendicetomía abierta al no contar con la instrumentación para realizarla por laparoscopia.

Se procede a realizar la operación abierta, teniendo como hallazgo operatorio apéndice perforada en 1/3 distal de la base, se procede a la extracción del apéndice y cierre en jareta; luego se procede al lavado peritoneal con suero fisiológico con 2 litros y posteriormente al cierre de cavidad.

En el día 1 del postoperatorio el paciente se encontró hemodinámica mente estable, ventilando adecuadamente sin apoyo oxigenatorio, funciones biológicas estables, no signos de peritoneales o de infección. Al día 2 no presenta mayor intercurencias y se procede a la alta médica del paciente.

## **Caso clínico N° 2**

Paciente, varón de 45 años ingresa al servicio de emergencia refiriendo dolor abdominal en epigastrio desde hace 3 días que se fue intensificando al pasar los días, actualmente refiere dolor 9/10 en epigastrio y además refiere vómitos alimenticios de manera constante. Además, refiere que presento alza térmica hace una hora por lo cual tomo una tableta de paracetamol.

Antecedente de importancia: Apendicetomía abierta por apendicitis complicada hace 12 años en el hospital de provincia de Cuzco.

Signos vitales:

T°: 37.0    FC:85    FR: 19    PA: 110/75 mmHg    SatO98 %

Al examen físico:

Abdomen: Distensión abdominal, ruidos hidroaéreos aumentado de intensidad y frecuencia, matidez hepática conservada y dolor a la palpación superficial y profunda en el epigastrio y mesogastrio.

Aparato urinario: PPL (-), PRU (-), no globo vesical. Resto de examen físico no contributivo

Se plantea el diagnóstico sindrómico de dolor abdominal agudo por obstrucción intestinal.

Plan

Se solicita radiografía abdominal de pie, hemograma, urea y creatinina. Administrar fluidoterapia al paciente por endovenoso con cloruro de sodio y colocación de sonda nasogástrica. Además, se agrega analgesia para el dolor abdominal.

Los resultados indican leucocitos sin desviación izquierda, PCR elevada y se observa niveles hidroaéreos en la radiografía abdominal con signo de pilas de moneda.

Con los resultados imagenológicos, laboratoriales y el examen físico se concluye que el diagnóstico es una obstrucción Intestinal, por lo cual se decide programar para intervención quirúrgica.

Se programo la cirugía el mismo día como plan una laparotomía exploratoria con liberación de adherencias más con resección intestinal y anastomosis. El diagnóstico postoperatorio fue obstrucción intestinal por bridas y adherencias.

El plan postoperatorio fue dieta blanda, analgesia, deambulacion y antibióticos. En el postoperatorio del día 1 se encuentra al paciente hemodinámicamente estable, ventilando adecuadamente sin apoyo oxigenatorio, presencia de ruidos hidroaéreos. Al segundo día postoperatorio no se encuentra interurrencias y en condiciones de alta médica por lo cual se procede.

### **Caso clínico N° 3**

Paciente varón de 28 años acude al servicio de emergencia refiriendo agresión con arma blanca por terceros en región abdominal en vía pública. Familiar refiere que la agresión fue hace 20 minutos y que el paciente perdió mucha sangre por las heridas provocadas por el arma blanca.

Antecedente de importancia: Consumidor de marihuana desde los 16 años.

Signos vitales:

T°: 37.0    FC:125    FR: 19    PA: 100/75 mmHg    SatO98 %

Al examen físico:

Abdomen: Solución de continuidad en región del mesogastrio de aproximadamente 5 cm, a la exploración de la herida se concluye que hay compromiso peritoneal. Ruidos hidroaéreos disminuidos, dolor a la palpación abdominal profunda Blumberg positivo.

Piel y mucosa: Llenado capilar mayor a 2 segundos y palidez.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos disminuidos de intensidad rítmicos no soplos audibles.

Aparato urinario: PPL (-), PRU (-), no globo vesical. Resto de examen físico no contributivo

Plan:

Se solicita inmediatamente Eco-fast y preparación para laparotomía exploratoria por inestabilidad hemodinámica y compromiso de cavidad peritoneal. Además de un control estricto de los signos vitales, fluidoterapia con cloruro de sodio, vasopresores y control hemodinámico por cuadro de hipotensión.

Los resultados del Eco-fast precisan líquido libre en cavidad abdominal de 200 cc en región peri esplénica y hepática. El hemograma muestra una hemoglobina de 10 g/Dl.

En sala de operación se encontró compromiso del intestino delgado a 15cm y 35cm de la válvula ileocecal, en los cuales se procedió a rafiarse la solución de continuidad en la pared intestinal. Además se encontró coágulos de sangre en cavidad abdominal de aproximados 230 cc, los cuales se procedió a la extracción.

En el postoperatorio no hubo mayores complicaciones. En el día 3 del postoperatorio presentaba ruidos hidroaéreos adecuados, hemodinámicamente estable, ventilando adecuadamente y sin ninguna interurrencias; en condiciones del alta médica.

#### **Caso clínico N° 4**

Paciente acude al servicio de emergencia refiriendo dolor en hipocondrio derecho desde hace 6 horas, en el día anterior asistió a una parrillada familiar donde consumió abundantes alimentos grasos, además refiere que no es la primera vez que sufre de estos dolores y que este episodio es de mayor intensidad y que no cedió con buscapina como en las otras oportunidades, por lo cual acude al hospital. Además, refiere alza térmica en el transcurso de la noche.

Antecedente de importancia: Diagnóstico de cálculos biliares múltiples

hace 2 años de manera privada, no refiere ninguna operación previa.

Al examen físico

- Abdomen: Dolor a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho; signo de Murphy positivo; ruidos hidroaéreos presentes y distensión abdominal.
- Aparato urinario: PPL (-), PRU (-), no globo vesical. Resto de examen físico no contributivo

Se sospecha por el cuadro clínico y los antecedentes del paciente en un cuadro de colecistitis aguda, por lo cual se solicita exámenes de laboratorio e imagenológicos

Plan:

- Se solicita los siguientes exámenes de laboratorio: hemograma, PCR, perfil hepático, creatinina y urea.
- Se solicita una ecografía abdominal completa
- Hidratación endovenosa con cloruro de sodio
- Analgesia y antipirético

Los resultados de laboratorio indican una leucocitosis sin desviación izquierda, una elevación del PCR al doble de su valor normal y resto de exámenes no contributivos. La ecografía muestra una vesícula con paredes edematosas y la presencia de litiasis vesicular con calculo enclavado en el bacinete vesicular.

Con los resultados laboratoriales e imagenológicos se concluye en una colecistitis aguda por lo cual se decide preparar al paciente para entrar a SOP para una colecistectomía abierta por no contar con los instrumentos necesarios para realizarlo por laparoscopia.

Se ingresa a cavidad peritoneal, encontrándose como hallazgo una vesícula inflamada y edematosa pero no perforada. Se decide realizar una colecistectomía parcial, preservando la pared hepática de la vesícula con oclusión del conducto cístico.

En el postoperatorio el paciente evoluciona correctamente, en el día 3 del post operatorio el paciente no presenta intercurrencias, no signos de flogosis ni de infección del sitio operatorio, abdomen bando/depresible con presencia de ruidos hidroaéreos presente. En condiciones de alta, el paciente se retira del hospital con indicaciones medicas de reposo relativo y dieta blanda hasta control a la semana por consultorio externo.

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

Como se mencionó, los integrantes de este trabajo realizaron el internado médico en 3 distintos hospitales que son el Sergio E. Bernales, También llamado “hospital de Collique”, fue fundado el 15 de agosto de 1940. Está ubicado en el distrito de Comas, Lima, Perú y es de nivel III – 1(3).

El Instituto Nacional de Salud del Niño de Breña, considerado como la primera institución de referencia pediátrica, fue fundado el 1 de noviembre de 1929. Inició su funcionamiento hace 93 años en enero solo con consultorios externos para posteriormente en abril de ese mismo año comenzar a funcionar el área de hospitalización para pacientes quirúrgicos. Actualmente, el INSN tiene nivel III-2 de complejidad y también atiende niños, niñas y adolescentes, referidos de otros hospitales a nivel nacional (4).

Por último, el Instituto Nacional Materno Perinatal, antigua Maternidad de Lima, fue fundado el 10 de octubre de 1826 y cuenta casi con 200 años de antigüedad. Está ubicado en Cercado de Lima, Perú. Este establecimiento tiene como clasificación el nivel III-2, de igual manera que el INSN, al ser un instituto especializado (5).

En estos 3 hospitales, las funciones que tiene el estudiante de último año de la carrera de medicina humana es la elaboración de las historias

clínicas con la respectiva realización de la evolución diaria de los pacientes que se encuentran hospitalizados. Además, tiene la obligación de participar en la observación activa de la atención al paciente por parte del asistente encargado para la zona donde se encuentre asignado. Por otro lado, también bajo la supervisión del médico asistente o del residente a cargo, realizar otras tareas como suturar en caso sea necesario, retiro de puntos, toma de muestra de análisis de gases arteriales entre otras funciones.

Como en toda institución, la parte práctica o teórica no es la totalidad del trabajo que se realiza, sino también, el interno brinda el apoyo en los distintos procesos administrativos como podrían ser el llenado de las hojas FUA o hojas HIS, referencias o contrarreferencias cuando sea necesario, llenado de los exámenes de laboratorio que se le pedirán al paciente, recetas u otros formatos que se ameriten según sea el caso. Todo esto con un fin y propósito único, cumplir con el plan diario establecido por el medico asistente encargado.

Finalmente, como retribución al trabajo realizado, los internos reciben un estipendio mensual de 400 soles debido a que queda vigente el Decreto Supremo 2002 n.º020-2002-EF, según el Oficio Circular n.º072-2022, publicado el 29 de abril por la Dirección General de Personal del Ministerio de Salud (6).

## **CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

### **III. 1. Rotación en Pediatría:**

#### **Caso clínico N° 1:**

En cuanto a los trastornos de conducta alimentaria, son enfermedades que abarcan varias esferas del individuo, entre las cuales se encuentran la esfera mental, física y social. Generalmente, pueden clasificarse dentro de las enfermedades de índole psiquiátrica y generalmente tienen duración prolongada. El DSM-5(Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales) incluyen a 3 trastornos específicos como lo son la anorexia nervosa, bulimia nervosa y trastorno por atracón (7).

Según el DSM-5 la anorexia nervosa tiene 3 características:

- Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades diarias de la persona. Esto a la larga conducirá a un peso corporal bajo con relación a la sexo y edad (7).
- Miedo intenso a ganar peso o a engordar, no importando si la persona pueda tener un peso significativamente bajo. Por lo que también puede tener comportamientos que van a ir en contra con la ganancia de peso o constitución corporal (7).
- Existencia de una forma alterada de percibir el peso propio o constitución del cuerpo (7).

En este caso, estamos observando que la paciente cumplía las 3 características mencionadas anteriormente. Esto se vio evidenciado a que no deseaba comer las raciones diarias que se le brindaban en el hospital, tenía un miedo excesivo a ganar peso y a pesar de tener una constitución corporal delgada, con marcada disminución del tejido celular subcutáneo, ella refería que se veía como una persona con sobrepeso.

En el caso del tratamiento de esta enfermedad consta de distintos ejes que ayudaran a la paciente controlar estas conductas. Lo primero fue un plan de recuperación de peso, todos los días se le hacía balance de

ingresos, egresos y la variación de peso para saber si realmente estaba cumpliendo con el plan nutricional propuesto. Segundo, fue un seguimiento cercano debido que estos pacientes utilizan gran cantidad de medios para “engañar” acerca de su alimentación diaria. Por este motivo, todo paciente de esta índole hospitalizado en el servicio contaba con un familiar encargado de esta con las 24 horas hasta el alta del paciente. Tratamiento psicológico y farmacológico con antidepresivos junto con fármacos inhibidoras de la recaptación de la serotonina como la fluoxetina que ayudaran a la paciente a controlar los síntomas y en conjunto con el área de psicología le brindara herramientas para poder manejar estos pensamientos.

### **Caso clínico Nº 2**

En el caso de esta paciente tenía el diagnóstico de Diarrea aguda infecciosa. Según la Organización Mundial de la salud esta se define como 3 o más deposiciones durante un mínimo de 3 días, pero no pudiendo sobrepasar los 14 días junto con una disminución de la consistencia de estas (8). Estas deposiciones pueden ser blandas o líquidas y su etiología principal son los virus siendo aproximadamente entre 70 a 90 % de la totalidad de casos en niños. Los diferentes tipos de bacterias como salmonella, E. coli, Shigella, Campylobacter entre otros, solo abarcan el 10 a 20 % de casos (9).

En el caso de este paciente cumplía con la definición antes mencionada por lo cual, habiendo ya diagnosticado de manera acertada la enfermedad del paciente tocaba la administración de la terapia más adecuada para este caso.

En caso de esta patología, una de las cosas más importantes a evaluar es el grado de deshidratación del paciente con los diferentes signos y síntomas que el niño. Como podemos apreciar en el examen físico antes expuesto el paciente tenía piel turgente húmeda elástica, aceptaba líquidos, llenado capilar normal, no signo del pliegue ni ningún otro síntoma que exprese gravedad. Por este motivo se le dio el plan A para deshidratación leve para el hogar debido a que el paciente si aceptaba

la vía oral. Como estaba entre 2 a 10 años se le 100 – 200 ml (taza de ½ a 1 taza grande) de SRO para dar después de cada evacuación 1 – 2 sobres por día se le debe entregar a la madre para el hogar. Finalmente, se le explico los signos de alarma que son (9):

- Vómitos continuos y a repetición
- Estado general decaído o mal estado
- Deposiciones líquidas muy frecuentes (10 deposiciones en 24 horas o mayor a 4 deposiciones en 4 horas) y de alto volumen.
- No come, sed intensa, letargia, hiperactividad o irritación.
- Sangre en deposiciones

En caso presentara alguno de estos síntomas acudir inmediatamente a establecimiento de salud. Además, en caso el paciente persista con el cuadro diarreico por más de 3 días aun sin los signos de alarma mencionados anteriormente, debe ser llevado al establecimiento de salud respectivo (9).

### **Caso clínico Nº 3**

El asma se caracteriza por inflamación con obstrucción reversible de las vías aéreas causando esto los signos y síntomas característicos con los que el paciente suele venir a la consulta, los cuales son:

- Dificultad para respirar
- Sensación de opresión torácica
- Sibilancia
- Tos

En caso de que estos eventos se repitan continuamente y se vuelvan crónicos pueden llevar a la remodelación irreversible de la vía aérea causando limitación de la función pulmonar.

Hablando de manera más específica sobre las crisis asmáticas, estas hacen referencia a una alteración o episodio que supone una alteración del estado basal del paciente que padece la enfermedad. Esto supone un empeoramiento del estado del paciente y requieren tratamiento médico farmacológico para su mejora. Por su frecuencia, son consideradas la urgencia más frecuente en pediatría haciéndose más frecuentes en los meses de otoño e invierno debido a tu patrón de

presentación estacional.

Generalmente tiene un factor desencadenante como:

- Exposición a alérgenos: ácaros, polen, humo, epitelio de mascotas, diversos contaminantes atmosféricos, entre otros)
- Infecciones virales
- Escasa adherencia a los tratamientos de mantenimiento.

Para evaluar la gravedad del caso se utilizó el score de Bierman y Pearson el cual evalúa frecuencia respiratoria, sibilancias, cianosis y tirajes(retracciones). Para el caso de este paciente su score era de 3 puntos por lo cual estaríamos ante un grado leve por lo tanto con esos datos ya podríamos instaurar la terapéutica. EL tratamiento instaurado fue salbutamol 100microgramos inhalado 2 a 4 puffs cada 20 minutos por 3 veces. Posterior a ello se reevaluó al paciente y se vio mejora significativa por lo que se le da de alta con indicaciones de continuar con 2 inhalaciones a demanda hasta que desaparezcan los signos de obstrucción bronquial. Además, terapia de mantenimiento con corticoides: prednisona a dosis de 1-2mg/kg de peso día repartido en 1 o 2 dosis por 3 a 5 días y posterior a ello volver para la reevaluación (9).

#### **Caso clínico N° 4**

La neumonía es una infección pulmonar aguda que compromete las vías aéreas, desde alveolos, intersticio, estructuras vasculares hasta pleura visceral. Es causada por distintos patógenos como virus o bacterias y con menos frecuencia hongos y parásitos. En niños menores de 5 años los virus son el principal agente causal con hasta el 60% de casos y dentro de las bacterias la más común es el *Streptococcus pneumoniae*. Es muy importante recalcar que en menores de 5 años la neumonía es la principal causa de muerte en el mundo por eso la importancia de su diagnóstico y tratamiento oportuno. La taquipnea es el signo más valioso para la exclusión de este diagnóstico debido a que es el signo con mayor sensibilidad de neumonía, sin embargo, su sensibilidad y especificidad disminuyen después de los 5 años. Este debe ser medido en 1 minuto completo en niños. Cabe recalcar que deben estar en reposo y sin fiebre porque estos pueden alterar los valores. Para el grupo etario de nuestra

paciente de 4 años se considera taquipnea cuando su frecuencia respiratoria esta mayor igual a 40 (10). Por lo cual nuestra paciente se encuentra taquipneica debido a que presenta una FR de 45, también presenta temperatura de 39.5 C° y tos síntomas muy sugestivos que neumonía. Sumado a eso tenemos la placa que nos muestra una imagen de consolidado en el lóbulo superior derecho.

Para el tratamiento de este paciente y al no tener complicaciones ni criterios de hospitalización se prefirió el tratamiento ambulatorio oral.

El tratamiento instaurado fue: Amoxicilina 90 mg x kg x día, vía oral, dividido cada 8 horas de 7 a 10 días con reevaluación a las 48 horas.

### **III. 2. Rotación en Ginecología-Obstetricia:**

#### **Caso clínico N° 1**

La ruptura prematura de membranas es una patología donde las membranas corioamnióticas se rompen espontáneamente antes del inicio del trabajo de parto en una gestación luego de la semana 22. Su frecuencia es variable y es la causa de la mitad de los partos pretérminos. En cuanto a las muertes perinatales, al RPM se le atribuye un quinto del total. Existen muchos factores de riesgo para esta patología, pero en caso de esta paciente el antecedente de RPM en su primer embarazo es un factor para tomar en cuenta. Debido a que se encuentra en la semana 37 de gestación tenemos un feto y pulmón maduros, por ende, basándonos en la Guías de Práctica Clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología del 2018 del instituto nacional materno perinatal (11). En este caso la paciente que podemos clasificarla en el grupo de “*rotura prematura de membranas en gestación ≥ a 34 semanas, con o sin corioamnionitis: (34 semanas o 2.800 g)*” y los pasos a seguir son (11):

- Reposo en decúbito lateral y hospitalización sumando a eso la hidratación.
- Iniciar antibióticos profilácticos después de 6 horas de RPM reduce la morbilidad infecciosa materna, pero no es significativa en los RN. Se sugiere como profiláctico: Ampicilina o

Cefalosporina 1°G (1-2 g EV c/6 h)

- Terminar la gestación dentro de las 24 horas siguientes:  
Bishop  $\geq$  7: Inducción del trabajo de parto y atención de parto vaginal monitorizado.  
Bishop  $<$ 7: Por 10 horas dar 2 mU de Oxitocina para la Maduración Cervical y luego Inducción.  
Si la inducción no responde luego de 6 horas, considerar como inducción fallida y proceder a cesárea.

En el caso de la paciente no progreso la inducción del trabajo de parto por lo que se decidió realizar la cesárea.

### **Caso clínico Nº 2**

Los miomas uterinos son tumores benignos de musculo liso que se originan a partir de tejido endometrial. Son sensibles a estrógenos y progesterona en consecuencia se desarrollan durante los años de fertilidad. La mayoría de estos son asintomáticos y solo un cuarto de mujeres en la etapa reproductiva tienen síntomas. Mas del 60 % de mujeres a los 50 años se encuentran miomas.

Como factores de riesgo asociados a la enfermedad tenemos:

- IMC elevado
- Raza negra
- Pariente con la misma patología
- Menarquia temprana
- SOP

Como síntomas más frecuentes tenemos hemorragia vaginal, pero también podría presentar dolor o presión de pelvis, polaquiuria e incontinencia urinaria por su efecto de masa, infertilidad y perdida de embarazo como sucedió en el caso de esta paciente. Para su diagnóstico definitivo se utilizó el estudio anatomopatológico y para determinar su localización se utilizó la ecografía (12).

Para el caso de esta paciente y por el gran tamaño del mioma de aproximadamente 251x156MM, que vas desde fondo uterino hasta cérvix y desplaza al feto hacia el flanco izquierdo alejado del cérvix se prefirió la histerectomía total, que es el tratamiento quirúrgico definitivo

en estos casos.

Posteriormente, permaneció en hospitalización y al no presentar anemia y haber estado afebril cumpliendo los criterios para terminar su estancia en el hospital se le dio de alta.

### **Caso clínico N° 3**

La preeclamsia es un trastorno hipertensivo de la gestación posterior a las 20 semanas asociado a proteinuria. Se clasifica en:

- Preeclamsia sin criterios de severidad (leve): en este caso la presión arterial no sobrepasa los 160 en sistólica y 90 en diastólica asociado a proteinuria cualitativa de 1+ (ácido sulfosalicílico) o de 2+ (tira reactiva) o cuantitativo mayor igual a 300 miligramos y menos de 5 gramos en 1 día (24 horas) (11).
- Preeclamsia con criterios de severidad: en este caso la presión arterial mayor igual a 160 mmHg en sistólica o mayor igual a 90 mmHg en diastólica con evidencia de daño blanco con o sin proteinuria (11).

A esta paciente la podemos catalogar como gestante de alto riesgo para presentar preeclamsia debido a que tiene un antecedente de gran importancia para esta enfermedad. Como anteriormente se mencionó la paciente tiene antecedente de cesárea anterior por preeclamsia.

Como podemos ver en los exámenes de laboratorio tenemos:

- Proteínas: 2+
- Para evaluar la función renal creatinina: 1.4
- Plaquetas: 110000
- TGO: 80
- TGP: 60

Agregado a eso los síntomas de escotomas y cefalea podemos dar el diagnóstico de preeclamsia con signos de severidad.

En el caso de esta paciente se activó la clave azul (11):

Minuto cero:

- Hidratación: pasar 1000 centímetros cúbicos a chorro en 20 minutos con vía venosa periférica con un catéter N° 18
- Para prevenir la convulsión: Iniciar por otra vía venosa una

infusión de Sulfato de Magnesio: en 50cc de NaCl diluir 5 ampollas de sulfato de magnesio al 20 % y pasar con volutrol, con bomba de infusión, 40 centímetros cúbicos (4 g) en 20 minutos y continuar con 10 centímetros cúbicos (1 g) por hora hasta 24 horas luego de haber culminado el parto.

- Metildopa 1 g VO c/12 horas, evaluar PA a los 20 minutos.

Minuto 20:

- Reevaluar la respuesta a la terapéutica anterior, verificar si hay daño de órganos. Si presión diastólica es mayor de 110 mm Hg dar Nifedipino 10 mg vía oral.

Posterior a ellos se decidió finalizar la gestación. Síntomas remitieron y el producto nace sin ninguna complicación.

#### **Caso clínico Nº 4**

Para este caso definiremos que es bacteriuria asintomática. Este término hace referencia a infección del tracto urinario, pero con ausencia de síntomas.

Las ITU, como grupo, constituyen la complicación médica más frecuente durante el embarazo con un porcentaje de hasta el 10 %. En caso de que estas no sean tratadas pueden evolucionar a pielonefritis en un aproximado de 20 a 40 %. Si se diagnostica oportunamente y se trata con el esquema antibiótico correcto muy poco porcentaje progresa. A pesar del tratamiento adecuado, esta enfermedad en el embarazo, puede recurrir hasta en un tercio de las pacientes. Por este motivo, es necesario el control posterior.

El agente etiológico más importante encontrado es la *Escherichia coli* en 80 a 90 % y los agentes etiológicos son similares en gestantes y no gestantes.

En el cuadro clínico tenemos Presencia de  $\geq 100000$  UFC/ml del mismo microorganismo, en 2 muestras urinarias consecutivas en un paciente asintomático y se relaciona con parto pretérmino y bajo peso al nacer (11).

Como tratamiento se maneja de manera ambulatoria y se da tratamiento según el resultado del urocultivo y sensibilidad del antibiograma. La

primera opción para el tratamiento es la nitrofurantoina 100 mg c/6 horas si nos encontramos en los 2 primeros trimestres de embarazo como nuestra paciente que se encuentra en su semana 11 de gestación. Como consideración especial debemos tener en cuenta que este fármaco está contraindicado en el tercer trimestre de gestación por riesgo de anemia hemolítica en el recién nacido. En caso no se pudiera usar la nitrofurantoina podríamos emplear la cefalexina 500mg c/6horas. El tratamiento es por 7 días y se debe hacer un urocultivo control en 7 días luego de la terminación del tratamiento.

### **III.3. Rotación Medicina Interna**

#### **Caso clínico N° 1**

La cirrosis hepática es una enfermedad crónica inflamatoria del tejido hepático que concite en la proliferación de tejido fibrótico en el parénquima hepático y disminución de la correcta funcionalidad de los hepatocitos. La etiología de la cirrosis clásicamente se describe que la causa más frecuencia se debe a un consumo excesivo de manera crónica de alcohol. Pero existen otras causas como el hígado graso, infección por el virus de hepatitis B, etc. (12).

La causa más frecuente en mujeres en países desarrollados de cirrosis hepática es la esteatohepatitis no alcohólica (NASH), que se refiere a una evolución progresiva del hígado graso a cirrosis por el proceso de inflamación crónica que sufre el hígado. Esta causa desplaza al alcohólico mayormente en las personas que sufren sobrepeso u obesidad (12).

La clínica común de la cirrosis hepática se basa en los estigmas hepáticos que son básicamente la aparición de circulación colateral bilateral, varices esofágicas, telangiectasias y arañas vasculares producto de la elevación de la presión portal de vena porta al desembocar en un hígado fibrótico. Además de la coloración clásica amarillenta icterica por un mal metabolismo de las bilirrubinas y

trastornos de conciencia si se llegara a ver algún tipo de desbalance con el ácido úrico en su excreción (13).

El diagnóstico es clínico e imagenológico; con una ecografía abdominal se puede describir la morfología del parénquima hepático y el flujo portal. Se describe como Gold estándar la biopsia para el diagnóstico de la cirrosis, pero no es utilizado con frecuencia por su carácter invasivo. El tratamiento básicamente es reducir las complicaciones y frenar el proceso fibrótico del hígado mediante estilos de vida más saludable, teniendo un peso adecuado, evitando alimentos hepatotóxicos. Además de una medicación dirigida a disminuir la presión portal para reducir las varices esofágicas, el medicamento de primera línea para esta función es el Propanolol (13).

## **Caso clínico N° 2**

El infarto agudo de miocardio (IMA) se caracteriza por cuadro de sufrimiento isquémico brusco de una región del músculo cardíaco, producido por la obstrucción aguda de las arterias coronarias. Es importante poder distinguir la clínica característica del IMA y conocer sus diagnósticos diferenciales. Clínicamente el IMA se caracteriza por un dolor retroesternal urente con irradiación al hombro y brazo izquierdo que no cede a nitratos, ni reposo (14).

El plan inicial a la sospecha en una IMA es solicitar un EKG y encimas cardíacas que nos permitirán distinguir si efectivamente es un infarto. El EKG característico de un IMA es la elevación del segmento ST en derivadas continuas, pudiendo precisar exactamente qué región del miocardio es afectada (15).

- Tabique interventricular: V1-V2
- Cara anterior del ventrículo izquierdo: V1-V4
- Cara lateral del ventrículo izquierdo: V5-V6-AvL-I
- Cara inferior del ventrículo izquierdo: II, III, Avf

Los biomarcadores cardíacos utilizados para el diagnóstico de un IMA son fundamentales para poder confirmar el daño al miocardio, son los

siguientes (15):

- Creatinina fosfokinasa total (CK O CPK): Marcador útil para evaluar reinfartos
- Mioglobina: El primer marcador en elevarse
- Aspartato transaminasa (GOT o AST): El marcador más específico en diagnóstico de IMA y último en elevarse

Una vez diagnosticado el IMA hay que actuar lo antes posible para poder evitar la expansión del área cardiaca comprometida. El Gold estándar es la angioplastia coronaria, pero si no hay los medios necesarios para realizarlo en el tiempo establecido se indica proceder a la fibrinólisis (15).

### **Caso clínico N° 3**

Se define como crisis hipertensiva a la presión cardiaca sistólica  $\geq 180$  mmHg y/o la presión cardiaca diastólica  $\geq 110$  mmHg; se puede clasificar en 2 tipos: Urgencia y Emergencia hipertensivas .5

La emergencia hipertensiva es cataloga cuando hay compromiso de órgano blanco como encefalopatía hipertensiva, hemorragia intracraneana, IMA, falla ventricular izquierda, angina inestable con edema pulmonar y disección aortica (16).

Poniendo en compromiso inminente la vida del paciente por lo cual se sigue actuando de manera rápida y efectiva (16).

El tratamiento de una emergencia hipertensiva es básicamente de manera endovenosa como primera opción Labetalol, el cual no se cuenta en nuestro país. Por lo cual se suele utilizar Nitroglicerina o Nitroprusiato de manera endovenosa. Como objetivo de disminuir la PA no más del 20% (17).

Por otra parte, la urgencia hipertensiva se caracteriza como la elevación de presión arterial a los niveles mencionados sin compromiso de órgano diana. Suelen ser asintomáticos o con síntomas inespecíficos, sin riesgo vital inmediato (17).

El objetivo terapéutico en los casos de urgencias hipertensivas consiste en la disminución de la PA en un 20 % a 30 % con tratamiento, se usan

antihipertensivos por vía oral como el captopril. Si responde favorablemente disminuyendo la presión arterial se sigue dando de alta al paciente (17).

#### **Caso clínico N° 4**

El acné es una enfermedad dermatológica caracterizada por la presencia de comedones, papulas y pústulas. Dependiendo de la gravedad de afectación. Su etiología es multifactorial, se ha encontrado asociación con alimentación derivados de lácteos, alimentación de contenido graso, a la falta de una correcta higiene de la piel y a la predisposición genética que algunos pacientes puedan tener (18).

Las lesiones clásicas del acné y de dónde van a desarrollarse las papulas y pústulas son los comedones. estas lesiones están divididas en lesiones no inflamatorias e inflamatorias (18):

- Lesiones no inflamatorias: Comedones
- Lesiones inflamatorias superficiales: Pápula/Pústula
- Lesiones inflamatorias profunda: Nódulos - Abscesos

Se clasifica según grados, lo cual sirve como utilidad para su tratamiento:

- Grado 1: Leve- Comedogénico  
Tratamiento: Peróxido de Benzolío o Alapadeno
- Grado 2: Moderado-Papuloescamoso  
Tratamiento: ATB vo o Retinoicos
- Grado 3: Moderado-Pústulas  
Tratamiento: Isotretinoína
- Grado 4: Severo- nódulo quístico  
Tratamiento: Isotretinoína

El tratamiento debe ser personalizado y enfocado en disminuir los factores que provocan la aparición de los comedones y de las otras lesiones. A la vez debe ir acompañado con una correcta limpieza facial y el uso correcto de bloqueadores (19).

### III.4. ROTACIÓN DE CIRUGIA GENERAL

#### Caso clínico N° 1

La apendicitis aguda es la causa principal de abdomen quirúrgico en personas entre 18 a 50 años. Se define como el proceso inflamatorio del apéndice que puede tener diversas causas. Estas pueden ocasionar oclusión de la salida del contenido apendicular hacia la válvula ileocecal. Las causas más comunes son hiperplasia linfoidea y obstrucción por un fecalito (20).

La clínica de la apendicitis aguda se caracteriza por un dolor migratorio que comienza de manera incipiente y difusa en el epigastrio, debido al compromiso del peritoneo visceral. Posteriormente, este dolor migra a una sensación punzante en el flanco derecho a medida que pasan las horas. Este dolor se acompaña de anorexia y fiebre. Estos síntomas y signos se agrupan en la escala de Alvarado, la cual permite establecer el grado de sospecha de una apendicitis aguda (21).

La escala de Alvarado se basa en 3 aspectos:

Síntomas:

- Migración del dolor a fosa iliaca derecha: 1 punto
- Anorexia: 1 punto
- Nausea y/o vómitos: 1 punto

Signos:

- Dolor en cuadrante inferior derecho: 1 punto
- Dolor al rebote: 2 puntos
- Fiebre: 1 punto

Laboratorio:

- Leucocitosis: 2 puntos
- Desviación izquierda: 1 punto

Según el puntaje se concluye:

- 9-10 puntos: Casi certeza de apendicitis
- 7-8 puntos: Alta probabilidad de apendicitis
- 6-5 puntos: Consistentes con apendicitis, pero no diagnóstica

- < 5 puntos: Baja posibilidad de apendicitis

## **Caso clínico N° 2**

La obstrucción intestinal es una causa frecuente de abdomen agudo quirúrgico, la cual consiste en la oclusión total o parcial del canal intestinal. Puede deberse a diversos motivos, pero entre las causas más frecuentes encontramos: bridas y adherencias en pacientes con intervenciones quirúrgicas previas y hernias estranguladas en pacientes sin historia de operaciones previas (22).

Para diagnosticar una obstrucción intestinal, se utilizan pruebas de imágenes como la radiografía abdominal de pie, la cual puede detectar niveles hidroaéreos y el signo de pila de monedas en caso de que se presente la obstrucción. Además, se realizan pruebas de laboratorio como hemograma y PCR para observar si hay algún proceso inflamatorio relacionado con la obstrucción. Sin embargo, el diagnóstico es principalmente clínico, similar al de la apendicitis aguda (23).

La clínica frecuente en estos casos dependerá a que nivel se produjo la obstrucción intestinal y se clasificara en 3 tipos:

- Obstrucción superior: se denomina a las obstrucciones que están en región superior al ángulo de Treitz. El cual se caracteriza por presentar vómitos biliosos que producen alcalosis metabólica (23).
- Obstrucción intestinal media: se denomina a la obstrucción que se produce desde ángulo de Treitz a la válvula ileocecal. Esta produce distensión abdominal (23).
- Obstrucción intestinal baja: se denomina a la obstrucción debajo de la válvula ileocecal que se caracteriza por la presencia de vómitos fecaloides (23).

El tratamiento inicial consiste en preservar la estabilidad hemodinámica, las funciones vitales, colocar una sonda nasogástrica e hidratación del paciente. Posterior a ello, con los resultados laboratoriales y de imágenes, se decide el tipo de abordaje operatorio (22).

### **Caso clínico N° 3**

En nuestro medio es común la presencia de agresiones mediante el uso de armas punzocortantes, por lo tanto, es fundamental tener conocimiento acerca del algoritmo diagnóstico y tratamiento apropiado para estos casos (24).

Cuando se presenta un paciente con este tipo de lesiones en la sala de emergencias, se deben realizar de manera inmediata dos actividades principales: evaluar la estabilidad hemodinámica del paciente y explorar la herida. La estabilidad hemodinámica puede ser evaluada con la presión arterial y el examen físico cardiovascular. Esta nos refleja indirectamente si posiblemente hay un sangrado profuso dentro de cavidad abdominal. Por otro lado, la exploración de la herida nos permite determinar la magnitud del daño, si hay afectación en la cavidad peritoneal o solo en el tejido subcutáneo o muscular (24).

Además, el Eco-fast es una herramienta útil para identificar si hay presencia de líquido libre en la cavidad abdominal y su cantidad, lo que puede ser una indicación de afectación en alguna de las vísceras (25).

Para pacientes hemodinámicamente estables, el manejo inicial consiste en explorar la herida, hidratación y la realización del Eco-fast. Si no hay compromiso de la cavidad peritoneal y no se observa líquido libre en cavidad, se cataloga como abdomen no quirúrgico, y se sugiere el afrontamiento de la solución de continuidad y la observación por un par de horas antes del alta médica (25).

En caso de que el paciente presente inestabilidad hemodinámica, se debe realizar el Eco-fast lo antes posible y prepararlo para una laparotomía exploratoria. La función de esta intervención es determinar los puntos de lesión que dejó el arma punzocortante, repararlos e identificar los focos de sangrado para hacer las anastomosis necesarias

y preservar la adecuada hemodinamia sanguínea (25).

#### **Caso clínico N° 4**

La colecistitis aguda es la inflamación de la vesícula biliar que se desarrolla en horas, en general debido a la obstrucción del conducto cístico por la presencia de cálculos biliares que obstruyen el conducto vesicular (26).

La clínica típica se manifiesta con dolor en la zona del hipocondrio derecho y epigastrio. En el examen físico se puede encontrar punto de Murphy positivo, fiebre y malestar general. Los resultados de los exámenes de laboratorio pueden mostrar un hemograma anormal con leucocitosis, una elevación de la proteína C-reactiva y una ligera elevación de la fosfatasa alcalina (26).

En cuanto a los hallazgos de imagen, se puede observar una vesícula con paredes inflamadas (mayores de 5mm), edema perivesicular y la presencia de cálculos alojados en el conducto vesicular en caso de una colecistitis litiásica.

Una vez diagnosticada el cuadro de una colecistitis aguda se procede a clasificar según su severidad en:

- Leve: no presenta cuadro sistémico y no cumple los criterios de colecistitis moderada ni severa. El tratamiento indicado es realizar una colecistectomía laparoscópica temprana (en las 72 horas siguientes)
- Moderada: es la presencia de un cuadro sistémico y/o inflamación local marcada, duración del cuadro mayor de 72 horas, masa palpable y dolorosa en hipocondrio derecho y leucocitosis marcada. El tratamiento indicado es realizar una colecistectomía por laparoscópica urgente.
- Severa: se caracteriza por la presencia de disfunción orgánica, lo

cual hace que la cirugía de colecistectomía por laparoscopia urgente no sea recomendada debido al alto riesgo sistémico para el paciente. Se sugiere en su lugar realizar un drenaje percutáneo y posponer la cirugía de colecistectomía por un plazo de 6 semanas.

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

El internado médico comenzó el 1 de junio de 2022 y terminó el 31 de marzo de 2023 en el Hospital Nacional Sergio Bernales, donde cada interno rota por las cuatro grandes especialidades de la medicina: Medicina Interna, Ginecología-Obstetricia, Cirugía General Y Pediatría. Las cuatro rotaciones médicas tuvieron sus dificultades que superar y aprendizajes.

Para el caso del INSN y INMP el internado comenzó el 1 junio de 2022 y se tuvo la oportunidad de rotar por el servicio de Pediatría y Ginecología-Obstetricia respectivamente

Para muchos de los internos fue volver a tener contacto con el paciente después de 3 años de pandemia que nos obligaron a suspender las rotaciones médicas hospitalaria. Pero esta vez, con un papel de mayor responsabilidad como interno de medicina.

Pude reflexionar en mi internado sobre la importancia de tener una sólida base académica al momento de atender a los pacientes, igualmente comprendí la importancia de las habilidades blandas al interactuar con diversos pacientes y personal de salud.

En el transcurso del internado médico vives experiencias únicas de forma individual y grupal que ayudan a formar el carácter como futuro médico, tener la capacidad de dirigir al personal de salud y a la toma de decisiones rápidas bajo presión.

El sacrificio de horas de sueño se vio recompensado con la evolución favorable de los pacientes.

## CONCLUSIONES

El internado es una etapa fundamental para la formación de los futuros médicos, por la comprensión y aprendizaje de la práctica médica. Se dedica por 10 meses una práctica diaria bajo la supervisión de los médicos de mayor experiencia que te orientan y transmiten sus conocimientos.

Entender que no es justificación no contar con los recursos económicos y humanos para poder brindar una atención médica oportuna y eficaz. Se logró comprender que la práctica médica es una profesión sacrificada, pero también muy gratificante.

Comprender a todos los pacientes sin hacer diferencias de ningún tipo. Atender con el mismo respeto y rigidez académica a todos los pacientes sin importar su nivel socioeconómico, etnia, orientación sexual o creencia religiosa. Saber que mis pacientes dependen de mis decisiones para poder mejorar y que mis palabras pueden representar un gran alivio o tranquilidad en momentos de angustia.

## RECOMENDACIONES

Se recomienda a los nuevos internos de medicina no solo enfocarse en la enfermedad del paciente, sino también comprender completamente a la persona que están tratando para mejorar su desempeño en la práctica médica.

Se sugiere habilitar lugares de estudio donde se puedan realizar informes de casos clínicos y sesiones académicas que permitan enriquecer el conocimiento médico entre residentes, internos y asistentes.

Asimismo, se debe promover la investigación en el hospital a través de informes de casos clínicos o publicaciones de series de casos por parte de los residentes e internos del hospital.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Farfán Delgado M, Llerena Torres E, Rondón Abuhadba E, Concepción Urteaga L, Franco Paredes G. Internado Médico en el Primer Nivel de Atención[internet]. Lima – Perú. Citado 30 marzo 2021. Disponible en: <https://www.aspefam.org.pe/series/serie5.pdf>
2. El peruano- Directiva Administrativa para el desarrollo de actividades del Internado en Ciencias de la Salud [internet]. 2022[citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-la-directiva-administrativa-para-el-desarrollo-de-resolucion-ministerial-n-351-2022minsa-2067305-1/>
3. Hoy Se Inició La Construcción Del Nuevo Hospital Sergio E. Bernales De Comas [internet].[citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://portal.hnseb.gob.pe/hoy-se-inicio-la-construccion-del-nuevo-hospital-sergio-e-bernales-de-comas/>
4. Arce Rodríguez M. Historia de la pediatría peruana. [citado 30 marzo 2023]. Disponible en: <https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rpp/v53n1-4/pdf/a02.pdf>
5. Instituto nacional materno perinatal. Mapa de ubicación del INMP [internet]. [citado el 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/mapa-de-ubicacion-del-inmp/1460998154>
6. Fijan compensación remunerativa mensual para internos de Medicina Humana y Odontología [internet]. [citado el 30 de marzo de 2023]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/248510/223869\\_file20181218-16260-5oisg2.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/248510/223869_file20181218-16260-5oisg2.pdf)
7. Universidad EAFIT. DSM-V: Guía de consulta del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales [Internet]. Medellín: Universidad EAFIT; 2013 [citado el 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos->

mentales.pdf.

8. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades diarreicas [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [citado el 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>.
9. Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja. RD N° 000101-2022-DG-INSNSB: Diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda infecciosa [Internet]. Lima: INSNSB; 2022 [citado el 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2022/RD%20N%C2%B0%20000101-2022-DG-INSNSB%20DIAGN%C3%93STICO%20Y%20TRATAMIENTO%20DE%20DIARREA%20AGUDA%20INFECCIOSA.pdf>.
10. Ministerio de Salud del Perú. Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2008-2015 [Internet]. Lima: MINSA; 2008 [citado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4931.pdf>.
11. Instituto Nacional Materno Perinatal de Perú. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del 2018 [Internet]. Lima: INMP; 2018 [citado el 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>.
12. Fukui H, Saito H, Ueno Y, Uto H, Obara K, Sakaida I, Shibuya A, Seike M, Nagoshi S, Segawa M, Tsubouchi H, Moriwaki H, Kato A, Hashimoto E, Michitaka K, Murawaki T, Sugano K, Watanabe M, Shimosegawa T. Evidence-based clinical practice guidelines for liver cirrhosis 2015. *J Gastroenterol.* 2016 Jul;51(7):629-50. doi: 10.1007/s00535-016-1216-y. Epub 2016 May 31. PMID: 27246107
13. Yoshiji H, Nagoshi S, Akahane T, Asaoka Y, Ueno Y, Ogawa K, Kawaguchi T, Kurosaki M, Sakaida I, Shimizu M, Taniai M, Terai S, Nishikawa H, Hiasa Y, Hidaka H, Miwa H, Chayama K, Enomoto N, Shimosegawa T, Takehara T, Koike K. Evidence-based clinical

practice guidelines for liver cirrhosis 2020. *Hepatol Res.* 2021 Jul;51(7):725-749. doi: 10.1111/hepr.13678. Epub 2021 Jul 6. PMID: 34228859.

14. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, Caforio AL, Crea F, Goudevenos JA, Halvorsen S, et al. ESC Scientific Document Group. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2018; 39:119–177. PubMed; Google Scholar.
15. Collet JP, Thiele H, Barbato E, Barthélémy O, Bauersachs J, Bhatt DL, Dendale P, Dorobantu M, Edvardsen T, Folliguet T, et al. ESC Scientific Document Group. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J.* 2021; 42:1289–1367. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa575. PubMed PMID: 32860058; CrossRef PMID: 32944831; Google Scholar.
16. Niklas A, Flotyńska A, Puch-Walczak A, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the adult Polish population - Multi-center National Population Health Examination Surveys - WOBASZ studies. *Arch Med Sci.* 2018;14(5):951–961. doi: 10.5114/aoms.2017.72423. [PubMed]
17. Lauscher T, Vetter H, Siegenthaler W, Vetter W. Compliance in hypertension: facts and concepts. *J Hypertens.* 1985;3(1):3–9. [PubMed]
18. Baldwin H, Tan J. Effects of diet on acne and its response to treatment. *Am J Clin Dermatol.* 2021;22(1):55–65. doi: 10.1007/s40257-020-00542-y. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
19. Juhl CR, Bergholdt HKM, Miller IM, Jemec GBE, Kanters JK, Ellervik C. Dairy intake and acne vulgaris: a systematic review and meta-analysis of 78,529 children, adolescents, and young adults. *Nutrients.* 2018;10(8):1049. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6115795/>. doi:  
10.3390/nu10081049.

20. Moris D, Paulson EK, Pappas TN. Diagnosis and Management of Acute Appendicitis in Adults: A Review. *JAMA*. 2021;326(22):2299-2311. doi: 10.1001/jama.2021.20502. PMID: 34905026.
21. Talan DA. Diagnosis and Management of Acute Appendicitis. *JAMA*. 2022;327(12):1183. doi: 10.1001/jama.2022.1262. PMID: 35315898.
22. Jackson PG, Raiji MT. Evaluation and management of intestinal obstruction. *Am Fam Physician*. 2011;83(2):159-165. PMID: 21243991.
23. Shelton BK. Intestinal obstruction. *AACN Clin Issues*. 1999 Nov;10(4):478-91. doi: 10.1097/00044067-199911000-00007. Erratum in: *AACN Clin Issues* 2000 Feb;11(1): following table of contents. PMID: 10865532.
24. Bautista-Parada IR, Bustos-Guerrero AM. Prevalencia de lesiones torácicas y abdominales en pacientes con traumatismo toracoabdominal penetrante [Prevalence of thoracic and abdominal injuries in patients with penetrating thoracoabdominal trauma]. *Cir Cir*. 2022 May 23;90(3):379-384. doi: 10.24875/CIRU.21000316. PMID: 35259756.
25. Segarra AT, Piqueres CS, Castell VP, Planelles RC. Traumatismo penetrante en la cavidad abdominal [Abdominal penetrating trauma]. *Cir Esp*. 2011 Oct;89(8): e1. Spanish. doi: 10.1016/j.ciresp.2010.03.040. PMID: 20663493.
26. Escartín A, González M, Muriel P, Cuello E, Pinillos A, Santamaría M, Salvador H, Olsina JJ. Litiásic acute cholecystitis: application of Tokyo Guidelines in severity grading. *Cir Cir*. 2021;89(1):12-21. doi: 10.24875/CIRU.19001616. PMID: 33498065.