

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL CENTRO  
MÉDICO NAVAL “CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA” Y  
EN EL HOSPITAL EMERGENCIA ATE VITARTE**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR  
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR  
**JOSELYN MARI ALCÁNTARA URIBE**  
**XIMENA CAROLINA AVILA LAU**

ASESOR  
**JOEL CHRISTIAN ROQUE HENRÍQUEZ**

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 CENTRO  
MÉDICO NAVAL “CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA” Y  
EN EL HOSPITAL EMERGENCIA ATE VITARTE**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PERSONAL**

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

**PRESENTADO POR  
JOSELYN MARI ALCÁNTARA URIBE  
XIMENA CAROLINA AVILA LAU**

**ASESOR  
DR. JOEL CHRISTIAN ROQUE HENRÍQUEZ**

**LIMA, PERÚ**

**2023**

## **JURADO**

**Presidente:** Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

**Miembro:** Dr. Johandi Delgado Quispe

**Miembro:** Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

## ÍNDICE

<b>JURADO</b>	ii
<b>ÍNDICE</b>	iii
<b>RESUMEN</b>	iv
<b>ABSTRACT</b>	vii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	3
<b>CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b>	25
<b>CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	27
<b>3.1 Rotación en Cirugía General</b>	27
<b>3.2 Rotación en Pediatría</b>	32
<b>3.3 Rotación en Medicina Interna</b>	37
<b>3.4 Rotación en Ginecología y Obstetricia</b>	41
<b>CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	46
<b>CONCLUSIONES</b>	47
<b>RECOMENDACIONES</b>	48
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	49

## RESUMEN

**Objetivos:** Detallar el desarrollo del internado médico durante el periodo de junio de 2022 a marzo de 2023. Describir las diferentes prácticas clínicas realizadas en los 4 servicios de los hospitales durante el 2022 al 2023

**Metodología:** Es un estudio en el cual se recopilaron historias clínicas y plan de trabajo correspondientes a las especialidades de Cirugía General, Pediatría, Medicina Interna y Ginecología y Obstetricia del Centro Médico Naval y del Hospital Emergencia Ate Vitarte, además se comparó el manejo de los casos con lo recomendado en las guías clínicas.

**Resultados:** Caso 1: Paciente mujer de 22 años con dolor abdominal en fosa iliaca derecha, fiebre, náuseas y vómitos de 1 día de evolución. Se plantean los diagnósticos de síndrome doloroso abdominal, síndrome febril y abdomen agudo quirúrgico: apendicitis aguda. Caso 2: Paciente varón de 39 años ingresa con dolor en epigastrio, alza térmica y náuseas de 1 día de evolución. Se plantea diagnóstico de síndrome doloroso abdominal y colecistitis aguda. Caso 3: Paciente varón de 50 años con tiempo de enfermedad de 2 horas ingresa por presentar agresión por arma blanca y sangrado activo en región abdominal. Se plantea diagnóstico de trauma abdominal por arma blanca: lesión de mesenterio y hemoperitoneo. Caso 4: Paciente varón de 12 años asmático ingresa con dificultad respiratoria de 3 horas de evolución que no cede a la administración de corticoides, decaimiento e hipotonía. Se plantea el diagnóstico de paro cardiorrespiratorio. Caso 5: Paciente masculino de 1 año acude por presentar fiebre, irritabilidad, rinorrea y estornudos desde hace 2 días, se agrega 1 episodio de desviación de la mirada lateral y movimientos tónico clónicos en miembro superior derecha de 1 minuto de duración. Se plantea los diagnósticos de síndrome febril y convulsión febril simple. Caso 6: Paciente mujer de 6 años ingresa con fiebre, lesiones vesiculares a nivel de manos, pies y boca. Se plantea el diagnóstico de síndrome febril y enfermedad mano, pie y boca. Caso 7: Paciente de 2 años acude por presentar fiebre, vómitos alimentarios en 5 oportunidades, deposiciones semilíquidas de olor fétido con moco y sin sangre

de 5 días de evolución. Se plantean los diagnósticos de diarrea aguda infecciosa, deshidratación moderada, síndrome emético y síndrome febril. Caso 8: Paciente femenino de 5 meses ingresa por rinorrea, tos no productiva, fiebre, poca lactancia y dificultad respiratoria de 5 días de evolución. Se plantea los diagnósticos de bronquiolitis y neumonía típica. Caso 9: Paciente mujer de 56 años acude por presentar disuria, polaquiuria, orina con mal olor, incontinencia urinaria de esfuerzo, fiebre náuseas e hiporexia de 3 días de evolución. Se plantea los diagnósticos de infección urinaria, síndrome febril. Caso 10: Paciente varón de 60 años tiempo de enfermedad de 4 horas de evolución caracterizado por dolor torácico irradiado a brazo izquierdo, sudoración profusa, disnea y náuseas. Se plantea diagnóstico de infarto agudo de miocardio. Caso 11: Paciente femenino de 38 años acude por dolor en epigastrio irradiado a región lumbar derecha de 12 horas de evolución, se agrega náuseas, vómitos, sensación de alza térmica y malestar general. Se plantea el diagnóstico de pancreatitis aguda y anemia leve. Caso 12: Paciente mujer de 31 años acude con tiempo de enfermedad de 2 días caracterizado por hematuria, polaquiuria, dolor, sangrado vaginal y alza térmica. Agrega baja de peso desde hace 1 mes. Se plantean los diagnósticos de infección urinaria complicada y litiasis renal. Caso 13: Gestante de 21 años ingresa con sangrado vaginal y dolor en hipogastrio de 1 día de evolución. Se plantean los diagnósticos de primigesta de 11 semanas y amenaza de aborto. Caso 14: Paciente gestante de 29 años, acude a su control prenatal donde se evidencia presión arterial de 150/90 mmHg sin otras molestias. Se plantean los diagnósticos de gestante de 30 semanas por ecografía de primer trimestre y a descartar preeclampsia. Caso 15: Paciente primigesta de 25 años acude por presentar dolor súbito en hipogastrio, sangrado vaginal y percibe movimientos fetales disminuidos. Se plantean los diagnósticos de primigesta de 36 semanas por ecografía de primer trimestre y hemorragia de la segunda mitad del embarazo: desprendimiento prematuro de placenta. Caso 16: Paciente de 32 años desde hace 15 días presenta dolor pélvico y sangrado vaginal. Agrega fatiga y sensación de desvanecimiento de 3 días de evolución. Se plantea el diagnóstico de embarazo ectópico.

**Conclusión:** El internado médico es una etapa de gran importancia en la formación académica del estudiante de medicina, brinda experiencia al tratar con

distintos casos en varios servicios, permite enfocar una atención integral de la salud y además desarrollar distintos valores durante la práctica clínica.

**Palabras clave:** Internado médico, formación, especialidades, patologías

## ABSTRACT

**Objectives:** Detail the medical internship during the period from June 2022 to March 2023. Describe the different clinical practices carried out in the 4 services during 2022 to 2023

**Methodology:** It is a study in which clinical histories and work plan corresponding to the specialties of General Surgery, Pediatrics, Internal Medicine and Gynecology and Obstetrics of the Naval Medical Center and the Ate Vitarte Emergency Hospital were collected, in addition the management of the cases and what is recommended in each one according to the clinical guidelines has been presented.

**Results:** Case 1: A 22-year-old female patient with abdominal pain in the right iliac fossa, fever, nausea, and vomiting of 1 day of evolution. Diagnoses of abdominal pain syndrome, febrile syndrome and acute surgical abdomen: acute appendicitis are proposed. Case 2: A 39-year-old male patient who was admitted due to pain in the epigastrium, increased temperature, and nausea for 1 day. A diagnosis of abdominal pain syndrome and acute cholecystitis are proposed. Case 3: A 50-year-old male patient with a 2-hour illness time who was admitted for assault with a knife and active bleeding in the abdominal region. Diagnosis of abdominal trauma by a knife: lesion of the mesentery and hemoperitoneum are proposed. Case 4: A 12-year-old male patient with asthma who was admitted because of respiratory distress of 3 hours of evolution with no response to the administration of corticosteroids, decay and hypotonia. The diagnosis of cardiorespiratory arrest is proposed. Case 5: A 1-year-old male patient who presented fever, irritability, runny nose and sneezing for 2 days, added 1 episode of lateral gaze deviation and tonic-clonic movements in the right upper limb for 1 minute. The diagnoses of febrile syndrome and simple febrile seizure are proposed. Case 6: A 6-year-old female patient who was admitted with fever, vesicular lesions on the hands, feet, and mouth. The diagnosis of febrile syndrome and hand-foot-mouth disease are proposed. Case 7: A 2-year-old

patient who presented fever, vomiting on 5 occasions, fetid-smelling semi-liquid feces, mucus, and absence of blood for 5 days. Diagnoses of acute infectious diarrhea, moderate dehydration, emetic syndrome, and febrile syndrome are proposed. Case 8: A 5-month-old female patient who was admitted due to runny nose, non-productive cough, fever, little lactation, and respiratory distress of 5 days of evolution. The diagnoses of bronchiolitis and typical pneumonia are considered. Case 9: A 56-year-old woman presented with dysuria, pollakiuria, fetid urine, stress urinary incontinence, fever, nausea, and hyporexia of 3 days of evolution. The diagnoses of urinary infection, febrile syndrome are considered. Case 10: A 60-year-old male patient with a 4-hour evolution of the disease characterized by chest pain radiating to the left arm, profuse sweating, dyspnea, and nausea. The diagnosis of acute myocardial infarction is proposed. Case 11: A 38-year-old female patient with acute pain in the epigastrium radiating to the right lumbar region for 12 hours, as well as nausea, vomiting, a feeling of increased temperature and general malaise. The diagnosis of acute pancreatitis and mild anemia are considered. Case 12: A 31-year-old female patient presented with a 2-day illness period characterized by hematuria, frequency, pain, vaginal bleeding, and increased temperature. She adds weight loss for 1 month. The diagnoses of complicated urinary tract infection and renal lithiasis are considered. Case 13: A 21-year-old pregnant woman who was admitted due to vaginal bleeding and hypogastric pain of 1 day of evolution. The diagnoses of 11-week primiparous pregnancy and threatened abortion are raised. Case 14: A 29-year-old pregnant patient, she attended her prenatal check-up where she had a blood pressure of 150/90 mmHg with no other discomfort. Diagnoses were a 30-week pregnant woman by first-trimester ultrasound and preeclampsia. Case 15: A 25-year-old primiparous patient who attended for sudden pain in the hypogastrium, vaginal bleeding and perception of decreased fetal movements. Diagnoses were a 36-week primiparous pregnancy by ultrasound in the first trimester and bleeding in the second half of pregnancy: placental abruption. Case 16: 32-year-old patient with pelvic pain and vaginal bleeding for 15 days. She adds tiredness and a feeling of dizziness of 3 days of evolution. The diagnosis of ectopic pregnancy is raised.

**Conclusion:** The medical internship is a stage of great importance in the academic training of the medical student, it provides experience in dealing with different cases in various services, it allows one to focus on health care and also develop different values during clinical practice.

**Keywords:** Medical internship, training, specialties, pathologies

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO  
EN EL CENTRO MÉDICO NAVAL "CIRUJA  
NO MAYOR SANTIAGO TÁVARA" Y EN E  
L

AUTOR

JOSELYN MARI ALCÁNTARA URIBE

RECuento DE PALABRAS

14121 Words

RECuento DE CARACTERES

79738 Characters

RECuento DE PÁGINAS

64 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

102.5KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 18, 2023 8:19 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 18, 2023 8:20 PM GMT-5

● **16% de similitud general**

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

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



Dr. Joel Christian Roque Henriquez  
MÉDICO CIRUJANO  
CMP: 51732

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9206-2422>

## INTRODUCCIÓN

El internado médico es un periodo crucial para la formación del profesional de la salud, ya que es en este en donde los estudiantes de medicina humana de último año ponen en práctica los conocimientos teóricos ya aprendidos para así poder desarrollar habilidades clínicas, lo cual permite adquirir experiencia planteando diagnósticos y plan de trabajo, trabajando en equipo y aprendiendo de médicos con experiencia en situaciones reales en donde muchas veces se requiere tomar decisiones difíciles tomando en cuenta los beneficios y perjuicios que podrían aparecer al aplicar algún tratamiento.

El Internado 2022 – 2023 se realizó desde el 1 de junio de 2022 al 31 de marzo de 2023, según lo que estableció el MINSA, distribuyéndose 4 grupos de rotaciones, correspondientes a Cirugía General, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia y Pediatría.

Durante el periodo 2022 - 2023 la pandemia del COVID-19 aún estaba presente, es debido a esto que la duración del internado fue menor a comparación de otros años, correspondiendo a un total de 10 meses, en los cuales a pesar de tomar las medidas preventivas los estudiantes estuvieron expuestos al virus y varios padecieron contagios durante el internado.

Referente al Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”, este es un establecimiento del primer nivel del sistema de salud de la Marina, este es un hospital de nivel III-1, el cual brinda atención integral especializada tanto ambulatoria como hospitalaria a los pacientes que sirven a la Marina de Guerra del Perú y a sus familiares.

Las rotaciones en el Hospital Emergencia Ate Vitarte fueron de 5 meses y cada rotación tuvo una duración de 1 mes y 1 semana, a pesar de esta limitación se pudo aprender mucho en cada rotación y a adquirir distintas habilidades para seguir mejorando como profesionales y aplicar todos los conocimientos frente a los pacientes.

El internado médico fue una muy buena oportunidad en la que se fortalecieron los conocimientos teóricos y permitió adquirir habilidades clínicas decisivas para poder realizar la práctica médica a futuro, en el que, a pesar de los desafíos,

como la pandemia vivida en esa etapa, ayudó y sumó enormemente a la formación médica.

El presente trabajo de suficiencia profesional presenta 16 casos clínicos de las 4 principales rotaciones realizadas en el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” y Hospital Emergencia Ate Vitarte, estos casos clínicos describen patologías frecuentes que se ven día a día en la práctica clínica y que son fundamentales conocerlos para nuestra formación profesional.

## **CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL**

### **Rotación en Cirugía**

#### **Caso clínico n.º 1**

Paciente mujer de 22 años, acude a emergencia por presentar dolor abdominal en fosa iliaca derecha de intensidad 9/10, refiere que el día anterior presentó fiebre de 38.4°C, que se asociaba a náuseas, 1 vómito.

Antecedentes personales: Niega

Antecedentes familiares: Madre DM, Abuelo HTA, DM

Exploración física:

- AREG, AREH, AREN
- PA: 130/80, FC: 95 lpm, FR: 20 rpm, T°: 37.8 °C, SatO2: 98 %
- Piel: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos.
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos
- TYP: Murmullo vesicular pasa bien ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Abdomen: Globuloso, dolor a la palpación en fosa iliaca derecha, Mc Burney positivo, signo de Blumberg positivo
- SNC: Despierta, LOTEP, Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica:

- Síndrome doloroso abdominal
- Síndrome febril
- Abdomen agudo quirúrgico: Apendicitis aguda

Plan de trabajo:

- Hemograma, PCR, exámenes prequirúrgicos
- Ecografía abdominal
- Tratamiento quirúrgico: Apendicectomía laparoscópica

#### **Caso clínico n.º 2**

Paciente varón de 39 años acude a emergencia por dolor abdominal tipo opresivo en epigastrio de 1 día de evolución, de intensidad 7/10, asociado a

sensación de alza térmica y náuseas, refiere haber tenido episodios similares anteriormente.

Antecedentes personales: DM2 (desde hace 5 años), colecistitis crónica calculosa (desde hace 2 años)

Antecedentes familiares: Padre HTA, DM2

Exploración física

- AREG, FC 100 lpm, FR 20rpm, SatO2: 98%, T° 37.6 °C
- Piel: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos
- TYP: Murmullo vesicular pasa bien ambos hemitórax, no ruidos agregados
- Abdomen: Dolor a la palpación en hipocondrio derecho y epigastrio, signos de Murphy positivo
- SNC: Despierta, Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica:

- Síndrome doloroso abdominal
- Colecistitis aguda

Plan de trabajo:

- Analítica prequirúrgica, PCR, perfil hepático
- Ecografía abdominal
- Colecistectomía laparoscópica

### **Caso clínico n°. 3**

Paciente varón de 50 años acude a tópico de cirugía acompañado de familiares refiriendo que 2 horas antes del ingreso intentaron robarle aproximadamente 5 personas, por lo cual refiere agresión con arma blanca (cuchillo) de 20 cm de

largo aproximadamente, presentando lesión lineal con leve sangrado activo en región abdominal, niega pérdida de consciencia, niega otras molestias.

Antropometría: Peso: 68 kg, talla: 1.64 m, IMC: 25.28 kg /m<sup>2</sup>

Antecedentes:

Personales: Diabetes *mellitus* en tratamiento con metformina 850 mg 2 veces al día desde 2015

Quirúrgicos: No refiere

Alergias: Niega

Funciones vitales: PA 120/70 mmHg, T° 37 °C, FC 85 lpm, FR 20 rpm

Despierto, AREG, AREH, AREN, ventilación espontánea

Tórax y pulmones: A la auscultación murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos

Abdomen: Simétrico, no distendido, se evidencia lesión lineal a nivel de abdomen, herida cortante de 6 cm supraumbilical en mesogastrio, RHA presentes (5 por minuto), blando depresible, leve dolor a la palpación superficial y profunda en mesogastrio, solución de continuidad en la pared abdominal en región de epigastrio de profundidad que llega hasta cavidad abdominal.

Sistema nervioso central: Glasgow 15/15, LOTEP, no signos de focalización

Exámenes de laboratorio: Hemoglobina 14, hematocrito 42, MCV 79, MCH 28.5, MCHC 36.1, ADE 14.1, Recuento de Leucocitos 6.7 Plaquetas 312000 Abastoados 0 Segmentados 63 Linfocitos 4.9 Monocitos 3.7 Eosinófilos 0 Basófilos 0.1 Glucosa 204 Creatinina 1.28 Urea no hay reactivo BT 0.25 BI 0.13 BD 0.12 FA 286 Proteínas totales 6.41 Albúmina 3.79 Globulinas 2.62 TGO 21 TGP 35 GGT 14 K 4.2 Na 136.9 Ca 1.1 Cl 106.8

Informe radiológico: Las partes blandas observables tienen características normales, no hay indicios de calcificación ni cuerpos extraños, imagen de tracto gastrointestinal con contenido de aire y distribución del gas, presencia de

contenido sólido gaseoso en colon ascendente trasverso y descendente; las siluetas del hígado, bazo y riñones de aspecto normal, lisas y bien definidas, líneas de los flancos normales

Ecografía abdominal: Presencia de líquido libre laminar en espacio hepatorenal no mensurable, resto de órganos intraabdominales evaluados ecográficamente conservados

Presunción Diagnóstica:

- Lesión de mesenterio
- Hemoperitoneo

Plan:

- Se solicita completar prequirúrgicos para pase a SOP para laparotomía exploratoria

Diagnóstico post operatorio:

- Lesión de mesenterio, Hemoperitoneo

Hallazgos:

- Hemoperitoneo, más coágulos de 400 cc, se evidencia lesión equimótica de 10 x 5 cm a nivel de mesenterio dependiente de colon trasverso, asas intestinales no comprometidas, en región de pared abdominal en punto de inserción de arma blanca presencia de defecto de aponeurosis de +/- 2cm con sangrado en napa y coágulo contenido.

Procedimiento:

- AA+CCE
- Neumoperitoneo con aguja veres en el punto de Palmer
- Laparoscopia exploratoria, identificación de hallazgos descritos
- Colocación de trocar en región supraumbilical (10 mm), flanco derecho y flanco izquierdo
- Colocación T1 (10 mm)

- Revisión de parietocólico derecho, fondo de saco rectovesical, espacio de Morrison más aspiración de coágulos y secreción sanguínea, electrofulguración de meso comprometido más control de hemostasia
- Colocación de dren laminar a nivel de parietocólico derecho
- Cierre de pared por planos, aponeurosis con vicryl 1, piel con nylon 3/0
- Paciente tolera acto quirúrgico y pasa a recuperación con funciones vitales estables, extubado

#### **Caso clínico n.º 4**

Padre de familia acude con su menor hijo de 12 años, refiere que su menor es asmático y presenta dificultad respiratoria desde hace +/- 3 horas. Menciona haberle administrado salbutamol de manera continua sin evidenciar mejora alguna. Por ello, decide acudir por emergencia.

Tiempo de enfermedad: +/- 3 horas

Inicio: brusco

Curso: progresivo

Antecedentes:

Patológicos: Asma desde el 2017

Quirúrgicos: No refiere

Alergias: No refiere

Examen físico:

Funciones vitales: PA: no se pudo valorar, FC: 70 lpm, FR: 5 rpm, T°: 36,7 °C, SatO2: 85 %

Paciente en mal estado general, presenta decaimiento importante, hipotonía, no responde cuando al llamado, tiene palidez cutánea marcada y escaso esfuerzo respiratorio, sin tiraje ni ruidos respiratorios audibles.

Diagnóstico:

- Paro cardiorrespiratorio

Plan:

- Traslado inmediato a trauma shock

Manejo en Trauma Shock:

- Evaluación mediante el ABCDE
- A. Se realiza apertura de vía aérea mediante la maniobra de tracción mandibular.
- B. Expansión torácica escasa. Auscultación: hipoventilación generalizada, sin ruidos sobreañadidos. Se inicia ventilación con bolsa-mascarilla y oxígeno, con lo que la SatO<sub>2</sub> asciende hasta 90%.
- C. Palidez cutánea, pulsos carotídeos palpables. Se canaliza vía venosa periférica. Glucemia: 110 mg/dl.
- D. Escala Glasgow: responde con apertura ocular y retirada a estímulos dolorosos.
- E. Sin hallazgos relevantes.

Reevaluación:

- El esfuerzo respiratorio cede por completo, con FR: 0 rpm. FC en descenso: 55 lpm. Se solicita ayuda, se recoloca la vía aérea, se comprueba que no respira y continúa con 5 ventilaciones.
- Se comienza con el masaje cardíaco inmediatamente, con relación 15:2, mientras que un compañero trae el desfibrilador.
- En menos de 2 minutos llega el desfibrilador. Se colocan los parches y el ritmo observado corresponde a un ritmo no desfibrilable.
- Se continúa con maniobras de RCP, masaje cardíaco y ventilación con bolsa-mascarilla (15:2).
- Se administra adrenalina a 0,1 ml/kg (A 1/10000).

- A los 2 minutos, se reevalúa al paciente, que sigue sin respirar y sin signos vitales; volvemos a comprobar el ritmo en el monitor, que continúa en asistolia.
- Se realiza RCP 2 minutos más y vuelve a reevaluar al paciente, que sigue sin signos vitales, y al comprobar el ritmo, permanece en asistolia.
- Se administra nueva dosis de adrenalina y continúa con maniobras de RCP.

## **Rotación en pediatría**

### **Caso clínico n.º 1**

Paciente varón de 1 año de edad, madre refiere fiebre de 39° desde hace 2 días, irritable, asociado a rinorrea y estornudos. Un día antes de acudir al hospital, presentó 1 episodio de desviación de la mirada lateral, con movimientos tónico clónicos de miembro superior derecho, de una duración menor a 1 minuto aproximadamente.

Antecedentes Personales: Niega antecedentes patológicos, vacunas completas para la edad, RAM -

Antecedentes familiares: Hermano: Convulsión febril (hace 3 años)

Exploración física:

- AREG, T° 38.8 °C, FC 140 lpm, FR 40 rpm, Sat O2 98 %
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos, taquicárdicos
- TYP: Murmullo Vesicular pasa bien ambos hemitórax
- Abdomen: No distendido, ruidos hidroaéreos presentes de buen tono y frecuencia, no dolor a la palpación superficial ni profunda
- SNC: Despierto, irritable, sigue con la mirada al explorador

Impresión diagnóstica:

- Síndrome febril
- Convulsión febril simple

Plan de trabajo:

- Se solicitó: Hemograma, PCR, Examen de orina, COVID-19
- Medios físicos
- Paracetamol 10mg/kg c/6h
- Observación por 8 horas, al estar estable el paciente es dado de alta con manejo ambulatorio.

### **Caso clínico n.º 2**

Paciente mujer de 6 años de edad, acude en compañía de su madre por haber presentado fiebre de 38° desde hace 2 días, además presenta refiere lesiones en manos, pies y boca.

Antecedentes personales: Niega

Antecedentes familiares: Abuelo HTA, Padre Asma

Exploración física

- AREG, FC 100 lpm, FR 18 rpm, SatO2: 99 %, T°36.5 °C
- Boca: lesiones ulcerativas en lengua
- Piel: Llenado capilar menor de 2 segundos, lesiones vesiculares en palmas, plantas.
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos
- TYP: murmullo vesicular pasa bien ambos hemitórax, no rales
- Abdomen: Blando, depresible, no dolor a la palpación
- SNC: Despierta, Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica:

- Síndrome febril
- Enfermedad mano, pie, boca

Plan de trabajo:

- Tratamiento ambulatorio.
- Paracetamol condicional a fiebre.
- Medidas generales: Buen lavado de manos, limpieza de superficies, aislamiento.

### **Caso clínico n.º 3**

Madre refiere que desde hace 5 días su menor de 2 años presenta fiebre cuantificada de 39 °C que cede a la administración de paracetamol y uso de medios físicos; 2 días antes del ingreso se suma al cuadro vómitos de contenido alimentario en 5 oportunidades de aproximadamente 50 cc cada uno y deposiciones semilíquidas de color amarillo con olor fétido y moco sin sangre por lo cual acude a la farmacia y le recetan enterogermina sin mejoría clínica, 4 horas antes del ingreso madre refiere persistencia de vómitos hasta en 8 oportunidades y pérdida de apetito por lo cual acude al servicio de emergencia. Niega fiebre y otras molestias.

Antecedentes:

Personales: parto eutócico, a término, peso al nacer 3700 gramos, lactancia mixta a partir de los 4 meses, inmunizaciones completas para su edad, cuenta vacunas completas para su edad, desarrollo psicomotor adecuado para su edad

Patológicos: No refiere

Epidemiológicos: El hermano de 3 años del paciente también tiene un cuadro diarreico más leve que empezó simultáneamente. Hace 5 meses tuvo un cuadro parecido de vómitos y diarreas por lo que fue hospitalizado durante 5 días y le diagnosticaron ITU.

Examen físico:

- Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello cilíndrico móvil
- Piel y faneras: Mucosas secas, palidez ++/+++, llenado capilar < 2 segundos

- Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos
- Genitales: Masculinos, sin alteraciones
- Aparato locomotor: Hipoactivo, moviliza extremidades
- SNC: Reflejos presentes, despierto

Antropometría: Peso: 10.400 kg Talla: 79 cm IMC: 16.6kg/m<sup>2</sup> SC: 0.5 m<sup>2</sup>

Paciente en adecuado estado nutricional: percentil 25 y 50

Impresión diagnóstica:

- Diarrea aguda infecciosa
- Deshidratación moderada
- Síndrome emético
- Síndrome febril

Plan:

- Pase a observación
- Suero de rehidratación oral
- Control estricto de funciones vitales + balance hidroelectrolítico
- Se solicita reacción inflamatoria en heces y coprocultivo

#### **Caso clínico n.º 4**

Paciente femenino de 5 meses de edad que acude con su madre a tópico de emergencia de pediatría con tiempo de enfermedad de 5 días por presentar rinorrea, tos no productiva, fiebre, madre refiere poca lactancia y 4 horas antes del ingreso agrega dificultad respiratoria.

Antecedentes:

Personales: Controles prenatales 9, parto eutócico, peso al nacer: 3.5 kilogramos, APGAR: 8 al 1' y 9 al 5', vacunación según calendario.

Patológicos: Niega

Familiares: Niega

Quirúrgicos: Niega

Alergias: Niega

Triangulo de evaluación pediátrica: Respiratorio alterado, dificultad respiratoria, tiraje subcostal, FR 40 rpm, se auscultan subcrepitantes y sibilantes en hemitórax derecho y 1/3 en hemitórax izquierdo, FC 144 lpm, Sat O2 98%.

Exámenes de laboratorio: Hemoglobina 12, hematocrito 35, plaquetas 28000, leucocitos 8.5, linfocitos 68 %, segmentados 15 %

Impresión diagnóstica:

Bronquiolitis

Neumonía típica

Plan y tratamiento:

Lactancia materna exclusiva

Lavados nasales con ClNa 0.9 % y aspiración de secreciones

Salbutamol 2 puff cada 2 horas por aerocámara pediátrica

Paracetamol condicional a  $T^{\circ} \geq 38^{\circ} C$

Control de funciones vitales y observar signos de alarma

## **Rotación en Medicina**

### **Caso clínico n.º 1**

Paciente mujer de 56 años, acude por presentar 3 días antes del ingreso disuria, polaquiuria, orina con mal olor, incontinencia urinaria de esfuerzo, hace 2 días fiebre de 38 °C, náuseas, falta de apetito, niega vómitos.

Antecedentes personales: ITU Febrero 2022, Junio 2022, Octubre 2022, DM2 (desde hace 8 años), Prolapso Vaginal grado II (desde hace 2 años), RAM (-)

Antecedentes familiares: Padre DM, HTA

Exploración física:

- AREG, FC: 76 lpm, FR 18 rpm, T° 36.7 °C, SatO2: 97 %
- Piel: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos
- TYP: Murmullo vesicular pasa bien ambos hemitórax, no ruidos agregados
- Abdomen: Blando, depresible, dolor a la palpación profunda en hipogastrio
- GU: PPL+, PRU +
- SNC: Despierta, LOtep, Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica:

- ITU
- DM2
- Prolapso Vaginal grado II

Plan de Trabajo:

- Exámenes auxiliares: Hemograma, PCR, VSG, urea, creatinina, glucosa, examen de orina, urocultivo
- Hospitalización
- Piperacilina/tazobactam 4.5g EV cada 6 horas por 7 días

- Interconsulta a ginecología
- Interconsulta a endocrinología por mal control glicémico

### **Caso clínico n.º 2**

Paciente varón de 60 años, acude a emergencia por presentar desde hace aproximadamente 4 horas dolor torácico de intensidad 8/10 el cual se irradia a brazo izquierdo, asociado a sudoración profusa, disnea y náuseas.

Antecedentes personales: DM2 (desde hace 15 años), HTA (desde hace 11 años), apendicectomía (a los 23 años)

Antecedentes familiares: Padre HTA, abuelo IMA

Exploración física:

- AREG, PA: 140/90 FC: 110 lpm, FR 20rpm, T° 37.3 °C,, SatO2: 97 %
- Piel: Tibia, poco hidratada, poco elástica, llenado capilar menor de 2 segundos
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos
- TYP: Murmullo vesicular pasa bien ambos hemitórax, no ruidos agregados
- Abdomen: Blando, depresible, dolor a la palpación profunda en hipogastrio
- SNC: Despierta, LOTEP, Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica:

- IMA
- DM2
- HTA

Plan de trabajo

- EKG
- Enzimas cardiacas
- Hemograma, glucosa

- Se colocó una vía periférica y central, se realizó fibrinólisis con un bolo de alteplasa intravenosa, infusiones de alteplasa y heparina y se colocó una bomba de perfusión continua de nitroglicerina.
- Traslado del paciente a la unidad de cuidados intensivos.

### **Caso clínico n.º 3**

Paciente femenina de 38 años procedente de Huancavelica ingresa por el servicio de emergencia del Hospital Emergencia Ate Vitarte refiriendo dolor tipo cólico difuso a nivel de epigastrio con intensidad 8/10, irradiado a región lumbar derecha, de 12 horas de evolución, además agrega náuseas, vómitos de contenido bilioso en 2 oportunidades, sensación de alza térmica y malestar general 2 horas antes del ingreso.

Antecedentes:

- Patológicos: Litiasis vesicular desde julio del año 2021
- Quirúrgicos: Cesárea por sufrimiento fetal en agosto del 2022
- Familiares: Madre (70 años) sin antecedentes de importancia, Padre (75 años) falleció de infarto de miocardio agudo.
- Alergias: Niega

Funciones vitales: FC: 86 lpm, FR: 22 rpm, SatO<sub>2</sub>: 97 %, PA: 110/90 mmHg, T°: 38.5 °C.

Examen físico:

Aparato general: Aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación, aparente regular estado de nutrición.

Piel y faneras: Ictericia en escleras +/-+++, palidez leve, llenado capilar menor de 2 segundos.

Tórax y pulmones: A la inspección se evidencia tórax simétrico, a la palpación frémito vocal normal en ambos hemitórax, a la percusión resonancia y matidez

conservada, a la auscultación buen pasaje de murmullo vesicular en ambos campos pulmonares.

Cardiovascular: A la inspección no se visualiza choque de punta, a la palpación no se palpa choque de punta, a la percusión matidez cardiaca conservada, a la auscultación ruidos cardiacos rítmicos regulares, no se auscultan soplos.

Abdomen: A la inspección globuloso, con abundante tejido adiposo, se evidencia cicatriz de pfannenstiel a nivel de hipogastrio de aproximadamente 10 cm, blando, depresible, doloroso a la palpación en flanco derecho e izquierdo, no signos de rebote, Murphy (-).

Sistema Nervioso Central: Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15 puntos, colaboradora al examen.

Diagnóstico presuntivo:

Pancreatitis aguda

Anemia leve

Exámenes auxiliares:

Hemograma completo: Hemoglobina: 11, hematocrito: 34.1, leucocitos: 5.6, abastionados: 0, segmentados: 68, plaquetas 115 000

Perfil hepático: Amilasa: 2882, fosfatasa alcalina: 310, TGO 133, TGP 236, LACTATO 268, GGT 307.

Ecografía abdominal superior: Concluye hepatomegalia de EAD, liquido libre en espacio de Morrison de 12 cc aproximadamente, litiasis vesicular, colédoco no dilatado.

Plan de trabajo:

Se decide pase a observación de Medicina con posibilidad de hospitalización según disponibilidad de cama.

Tratamiento:

1. NPO
2. NaCl 0.9% 1000cc I y II
3. Metamizol 1 gramo EV STAT
4. Omeprazol 40 mg c/24 horas EV
5. Metoclopramida 10 mg c/8 horas EV
6. Dimenhidrinato 50mg EV PRN náuseas
7. Tramadol 50mg SC PRN dolor intenso
8. CFV + BHE

#### **Caso clínico n.º 4**

Paciente mujer de 31 años acude al servicio de emergencia del hospital con tiempo de enfermedad de 2 días de inicio insidioso y curso progresivo caracterizado por hematuria, polaquiuria, dolor vaginal tipo hincada no irradiado, asociado a sangrado vaginal, sensación de alza térmica y refiere baja de peso desde hace 1 mes.

Antecedentes:

-Patológicos: Enfermedad renal crónica sin tratamiento desde marzo 2020, Litiasis renal desde 2021, 2 episodios de infección urinaria entre noviembre 2022 y abril 2023

-Quirúrgicos: Niega

-Ginecológicos: IRS 18 años, FUR 03/03/2023, G1P1001

Funciones biológicas:

-Funciones vitales: PA: 100/60 mmHg, FR: 20 rpm, FC: 100 lpm, SatO2: 99 %, T°: 37.5 °C

-Apetito: conservado Sed: conservado Orina: Conservado Deposiciones: 2 veces al día de consistencia blanda y aspecto pastoso

Examen físico:

Estado general: Paciente en AREG, AREN, AREH

Piel: escamosa, aterciopelada, mucosas semihúmedas, llenado capilar < 2 segundos

TCSC: No edemas, no cianosis

Ojos: Ligeramente exoftalmia, conjuntivas ligeramente amarillentas

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no estertores

CV: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles

Abdomen: simétrico, RHA (+), no visceromegalia, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, timpanismo conservado

GU: PPL (-), PRU (-)

Neurológico: Glasgow: 15/15, LOPEP, no focalización, no signos meníngeos.

Exámenes de laboratorio: Hemoglobina: 8.5, hematocrito: 26.6, leucocitos: 7.8, abastones: 0, segmentados: 56.7, plaquetas 250 000

Perfil hepático: BT: 0.2, BD: 0.12, BI: 0.08, TGO 36.7, TGP 20, electrolitos: Na 135 K 4.14 Cl 101.3 Mg 2.15 Urea 98.18 Creatinina 2.8

Examen de orina: Leucocitos 40-50 por campo, hematíes 4-6 por campo

Perfil de coagulación: valores dentro del rango normal. PCR elevada

Urocultivo: Pendiente de resultado

Ecografía renal: Sugerente de hidroureteronefrosis bilateral, litiasis de riñón izquierdo

Tomografía renal: Concluye litiasis coraliforme renal izquierda con hidronefrosis, nefropatía crónica izquierda, microlitiasis renal derecha, ganglios retroperitoneales paraaórticos del lado izquierdo.

Diagnósticos:

- Infección urinaria complicada
- Litiasis renal: Cálculo coraliforme
- Anemia moderada
- Descartar tuberculosis renal
- Descartar hipertiroidismo

Plan y tratamiento:

- Se inicia manejo antibiótico con meropenem 1gr EV cada 12 horas según tasa de filtración glomerular
- Se solicita perfil tiroideo por clínica sugerente de hipertiroidismo
- Interconsulta a urología: Sugiere radiorrenograma con test de furosemida más resonancia magnética renal (con previa evaluación por el servicio de nefrología) para posibilidad de nefrolitotomía percutánea izquierda.
- Se efectiviza referencia a Hospital Hipólito Unanue para complementar estudios solicitados por el servicio de Urología por falta de capacidad resolutive en el Hospital de Emergencias Ate Vitarte.
- Se solicita BK esputo, orina y secreción faríngea.

## **Rotación en Ginecología y Obstetricia**

### **Caso clínico n.º 1**

Paciente mujer de 21 años, primigesta de 11 semanas, refiere sangrado via vaginal, asociado a dolor tipo cólico en hipogastrio de intensidad 5/10 de 1 día de evolución, niega fiebre, náuseas, vómitos u otras molestias.

FUR: 30/11/23

Antecedentes personales: Niega, RAM -, G1P0000

Antecedentes familiares: Niega

Exploración física

- AREG, PA 120/70 FC 90 lpm, FR 18 rpm, SatO2: 98%, T°36.3 °C
- Piel: T/H/E llenado capilar menor de 2 segundos
- Mamas: Blandas, no lesiones, no dolor a la palpación, no secreciones
- Abdomen: Dolor a la palpación en hipogastrio.
- GU: Pelvis ginecoide, cérvix sin lesiones, no sangrado activo
- SNC: Despierta, LOtep, Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica:

- Primigesta de 11 semanas
- Amenaza de aborto

Plan de trabajo:

- Hemograma completo
- BHCG cuantitativa
- Ecografía TV
- Hospitalización
- Reposo absoluto

## **Caso clínico n.º 2**

Paciente mujer de 29 años, gestante de 30 semanas, acude por control prenatal, encontrándose PA 150/90, niega dolor, náuseas, vómitos, fiebre u otras molestias.

Antecedentes personales: G2P1001

Antecedentes familiares: Madre HTA, padre DM2

Exploración física

- AREG, PA 150/90 FC 95 lpm, FR 20 rpm, SatO2: 98%, T°36.6
- Piel: T/H/E llenado capilar menor de 2 segundos
- Mamas: Blandas, no lesiones, no dolor a la palpación, no secreciones
- Abdomen: Blando, depresible, AU 26 cm, LCF 130 lpm, no dolor a la palpación.
- GU: Pelvis ginecoide, cérvix sin lesiones, no sangrado
- SNC: Despierta, LOTEP, Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica:

- Gestante de 30 semanas
- Preeclampsia

Plan de trabajo:

- Exámenes auxiliares: Hemograma, transaminasas, bilirrubinas, DHL, urea, creatinina, ácido úrico, examen de orina, proteínas en orina en 24 horas
- Monitoreo materno fetal
- Metildopa 500 mg por día
- Control de funciones vitales y signos de alarma

### **Caso clínico n.º 3**

Paciente primigesta de 25 años acude acompañada por su pareja refiriendo dolor súbito y progresivo a nivel de hipogastrio de intensidad leve (5/10), menciona que se le pone el abdomen duro por momentos desde hace +/- 3 horas y 1 hora antes del ingreso añade sangrado vaginal de moderada cantidad de color rojo oscuro llegando a usar dos toallas higiénicas, percibe movimientos fetales disminuidos por lo cual acude por emergencia

Formula obstétrica: G1 P0000

Alergias: Dexametasona

Edad gestacional por ecografía del 1er trimestre: 36 semanas

Examen físico:

Funciones vitales: PA: 110/60mmHg, FC: 92x min. T: 37.5 °C

Neurológico: LOTEPE, Glasgow 15/15

Cardiológico: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos

Respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares

Extremidades: Conservadas, no edemas

Abdomen: Útero grávido, AU: 34 cm, SPP: Longitudinal cefálico izquierdo, LCF: 138 lpm

Tacto vaginal: diferido

Especuloscopia: Sangrado cervical tipo coagulo en regular cantidad, dilatación: Dehiscente 1 dedo, incorporación: 40%, altura de presentación: -4, membranas: Íntegras, pelvis: Ginecoide

NST: Feto activo, reactivo

Impresión diagnóstica:

1. Primigesta de 36 semanas por ecografía del primer trimestre
2. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo: Desprendimiento prematuro de placenta

Plan de trabajo:

Se programa para cesárea de emergencia

Hallazgos: Rn vivo, sexo femenino, peso 2306 gramos, PC 32.5 cm, PT 30 cm, TALLA 46.5 cm, EG 37 semanas, APGAR 7-8, Líquido amniótico claro en buena cantidad, placenta normoinsera, ovarios y trompas sin alteraciones.

Se evidencia desprendimiento prematuro de placenta de 50% SIP 800CC

#### **Caso clínico n.º 4**

Paciente de 32 años acude a emergencia por presentar dolor pélvico no irradiado asociado a sangrado vaginal de regular intensidad desde hace 15 días, usando más de tres toallas higiénicas a diario, 3 días antes del ingreso refiere fatiga y sensación de desvanecimiento. Niega fiebre, niega otras molestias.

Antecedentes:

Ginecológico: G2P1011, FUR: no recuerda, MAC: preservativo

Patológicos: Hospitalizada hace 6 meses por salpingitis con retiro de DIU.

Quirúrgicos: Laparoscopia por embarazo ectópico de 8 semanas en 2019

Alergias: No refiere

Funciones vitales: PA: 100/75 mmHg, FC: 92 x min, FR: 20, T: 36.5 °C, Sat 97 %

Especuloscopia: Cérvix cerrado, se evidencia escaso sangrado vaginal.

Tacto vaginal: Útero de 8cm AVF, leve dolor al examen. No se palpan masas en los anexos.

Exámenes de laboratorio: Hemoglobina: 10.5, hematocrito 32, leucocitos 7.8, plaquetas 210000, beta HCG: 2750, serológicos negativos

Ecografía al ingreso: útero de diámetros 76x 40 x 20mm, endometrio de 9mm. Masa mal definida en anexo derecho de 23x20mm

Diagnostico:

Embarazo ectópico

Plan:

Hospitalización

Se solicita prequirúrgicos para ingreso a SOP

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

Este estudio se realizó en 2 establecimientos de salud, los cuales fueron el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” y el Hospital Emergencia Ate Vitarte.

El CMST se encuentra situado en el Callao, a la altura de la cuadra 34 de la Avenida Venezuela, inaugurado el 4 de julio de 1956, es una Institución Prestadora de Servicios de Salud Nivel III, la cual brinda atención integral de salud al personal naval en actividad, teniendo como finalidad que este se encuentre apto para el servicio; así como al personal naval ya en retiro y a familiares con derecho.

El Hospital Emergencia Ate Vitarte ubicada en la zona este de Lima es una institución de nivel II-2 que fue creada en el año 2020 a través de un Decreto de Urgencia N° 032-2020 destinada a la atención exclusiva de pacientes COVID-19, al día de hoy el hospital recibe a más de mil pacientes para ser atendidos dentro de sus 4 principales servicios de especialidad.

Durante el periodo de junio de 2022 a marzo de 2023 se realizó el periodo del internado médico 2022 - 2023, en el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” la duración tuvo un total de 10 meses, en los cuales cada rotación correspondientes a Cirugía General, Pediatría, Medicina Interna y Ginecología y Obstetricia, tuvieron una duración de 2 meses y medio cada una, permitiendo a los internos conocer distintas áreas médicas y diferentes casos clínicos con patologías muy variadas.

No obstante, con la llegada de una nueva ola de pandemia por COVID-19 a inicios del 2022, el tiempo de internado medico en el Hospital Vitarte se redujo a 5 meses y otros 5 meses enfocados a la atención primaria debido a la demanda de pacientes con síntomas característicos de presentar COVID-19 y el alto riesgo de contagio para los estudiantes de medicina.

La rotación en los centros de primer nivel fue una gran oportunidad para enfatizar más la prevención y promoción de la salud además de tener una relación más estrecha con los pacientes a través de visitas domiciliarias y campañas de vacunación donde participan los internos de medicina, sobre todo permitió

conocer una realidad distinta que viven día a día los pacientes y cómo funciona el sistema de salud realmente.

## **CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL**

### **3.1 Rotación en Cirugía General**

#### **3.1.1 Caso clínico n°. 1**

La apendicitis aguda consiste en la inflamación cecal, que inicia con la obstrucción de la luz apendicular, lo cual ocasiona un aumento de la presión intraluminal debido al acúmulo de moco.

Es la primera causa de abdomen agudo quirúrgico, se estima que un 7 % de la población la padecerá en su vida, es 1.4 veces más común en los hombres que en las mujeres y su máxima incidencia se da al final de la segunda década de vida.

El cuadro clínico se caracteriza por falta de apetito, dolor periumbilical que luego migra a fosa iliaca derecha, náuseas, vómitos, fiebre en una evolución no mayor de 24 a 36 horas, luego de este tiempo pueden aparecer compromiso del estado general, palpación de masa en flanco derecho, fosa ilíaca derecha o hipogastrio, correspondiente a masa apendicular. (1)

En los exámenes auxiliares, el conteo leucocitario mayor de 10,000 células/mm<sup>3</sup> y la presencia de desviación izquierda con PCR mayor de 1.5 mg/l son indicadores diagnósticos para apendicitis aguda. La sensibilidad y especificidad de exámenes de laboratorio para el diagnóstico se encuentran entre el 57 a 87 % para la PCR y de 62 a 75 % para la leucocitosis.

La ecografía abdominal es un método de estudio operador dependiente; no obstante, es barato y competente para el diagnóstico. El hallazgo para el diagnóstico sería encontrar un diámetro apendicular mayor de 6 mm, teniendo una sensibilidad de 88 % y una especificidad de 92 %.

La tomografía computarizada es un estudio de imagen que permite un diagnóstico más preciso y, además permite diferenciar entre apendicitis aguda perforada y no perforada. Los signos radiológicos para el diagnóstico serían un aumento del diámetro apendicular mayor de 6mm, una pared apendicular con un

espesor mayor de 2mm, presencia de grasa periapendicular encallada y reforzamiento de la pared apendicular (2).

En cuanto a la terapéutica, el objetivo es extraer el apéndice antes de que este se perfora, el procedimiento quirúrgico de elección es la apendicectomía laparoscópica, como lo que se realizó en el caso, también se podría realizar una cirugía abierta según el grado de complicación de la apendicitis.

El manejo posoperatorio en el caso de una apendicitis no complicada consistiría en una apendicectomía laparoscópica sin drenaje, manejo del dolor y antibiótico profilaxis, para esto se podrían dar metamizol 20 mg/kg c/8h EV y ceftriaxona 1-2g EV c/24h más metronidazol 500mg EV c/8h.

El alta sería dada al paciente estar hemodinámicamente estable, tolerando la vía oral, afebril y con dolor posoperatorio que permita realizar las actividades básicas cotidianas. (1)

### 3.1.2 Caso clínico n°. 2

La colecistitis aguda es una es una complicación de la colelitiasis, esta se desencadena por una persistente obstrucción en el conducto cístico, lo cual conlleva a un incremento en la presión intravesicular, con el consiguiente riesgo de generar isquemia parietal, produciendo en la pared vesicular inflamación, lo cual se asocia a infección de la bilis (3).

El principal síntoma en un paciente inmunocompetente es el dolor abdominal, el cual suele ser continuo con exacerbaciones cólicas, de ubicación típica en el cuadrante superior derecho del abdomen o en epigastrio, pudiéndose irradiar a la parte derecha superior del dorso o a la zona interescapular, este solo dolor cede parcialmente con el tratamiento analgésico. Entre otros signos y síntomas se encuentran náuseas, vómitos, falta de apetito, fiebre, ictericia y compromiso del estado general.

En el examen físico se podrá encontrar a un paciente taquicárdico con alza térmica, como el presentado en este caso, además, hipersensibilidad y resistencia en el cuadrante superior derecho del abdomen, el signo característico es el signo de Murphy, el cual consiste en el cese de la inspiración a la palpación

profunda del hipocondrio derecho. En ocasiones también puede sentirse una masa a la palpación del abdomen, la cual corresponde a la vesícula biliar inflamada.

En los análisis de laboratorio se pueden ver una leucocitosis leve a moderada con desviación izquierda, aumento del PCR, hiperbilirrubinemia directa leve, incremento discreto de fosfatasa alcalina, transaminasa y amilasa.

La ecografía abdominal es el examen de elección para el estudio inicial en caso de sospecha de colecistitis aguda, entre los signos ecográficos que sugieren este diagnóstico están la distensión vesicular, en donde se apreciará una vesícula con una longitud mayor a 8 cm o un ancho de más de 4 cm; el engrosamiento de la pared vesicular, con una pared de un espesor mayor de 3 mm; el signo de WES, el cual consiste en la ausencia de luz vesicular, con sombra acústica; el signo del doble halo, que muestra edema de la pared; colecciones líquidas perivesiculares (4).

El tratamiento recomendado es la colecistectomía laparoscópica, durante el mismo episodio de la colecistitis (5).

### 3.1.3 Caso clínico n°. 3

El abdomen es la región que sufre mayor daño en un trauma esto debido a que está comprendido por vísceras importantes como el hígado, estómago, bazo y el músculo diafragma, todas ellas protegidas por la parrilla costal. Por ello, ante una lesión a ese nivel las costillas pueden lesionar las vísceras del abdomen y desencadenar un cuadro agudo importante. El trauma abdominal es causado por distintos mecanismos, teniendo en más del 70 % como causa principal al trauma penetrante que en su mayoría son producidas por arma blanca. Cuando hablamos de trauma abdominal es indiscutible relacionarlo a la violencia y a los accidentes de tránsito ya que estos factores son causas de discapacidad y mortalidad a nivel mundial. De manera general se conoce que cerca de 5 millones de habitantes en el mundo mueren al día por alguna lesión traumática, esto significa que el 11 % de todas las causas de muerte incluyen al trauma (6).

Teniendo en cuenta los mecanismos que producen el trauma abdominal, podemos tener al trauma abierto y cerrado. Según el nivel de profundidad el trauma abierto se clasifica en trauma penetrante en caso se evidencia la pérdida de solución de continuidad a nivel del peritoneo parietal, en caso del trauma no penetrante se caracteriza por tener una profundidad que no llega a perforar el peritoneo. Respecto al trauma abdominal cerrado o también llamado contuso se describe como una lesión sin herida visible (6). Por las características relatadas en la anamnesis del presente caso, el paciente presenta una herida de tipo penetrante por arma blanca de 20 cm de largo aproximadamente como dato importante el sangrado activo con que llega el paciente para aproximarnos a su vez a la gravedad del cuadro que pudiera desencadenarse. El tiempo entre el episodio del trauma y la llegada del paciente al servicio de emergencia del hospital es importante porque permite tomar una mejor decisión quirúrgica, en este caso el tiempo estimado fue de 2 horas lo que nos indica que la hemodinamia del paciente pudiera ido deteriorándose, por lo que el tiempo es un factor esencial que probablemente al ser menor a las 2 horas mejoraría las tasas de supervivencia y tendría un mejor pronóstico tanto a corto y largo plazo en estos pacientes (7).

En lo referente al órgano que está mayormente involucrado en los traumas abdominales tenemos en primer lugar al intestino delgado seguido del hígado y las vías biliares. Si se sospecha de trauma abdominal penetrante por arma blanca con perforación de peritoneo se debe considerar como primera opción el empleo del FAST para descartar líquido libre en cavidad. También se considera realizar exámenes de imagen como una radiografía toracoabdominal, la tomografía axial computarizada se puede realizar cuando el paciente se encuentre hemodinámicamente estable y tiene la ventaja de evaluar el retroperitoneo (7).

Respecto al manejo del trauma abdominal, se requiere un juicio quirúrgico que permita al cirujano decidir la necesidad de realizar una laparotomía. Existen indicaciones específicas que orientan y facilitan la toma de decisiones a realizar una laparotomía, entre ellas tenemos la presencia de hipotensión más FAST positivo o clínica de hemorragia intraperitoneal, heridas penetrantes que

compromete la fascia anterior, heridas por arma de fuego, evisceración, signos de irritación peritoneal, evidencia de líquido libre en cavidad abdominal o estudios de imágenes que confirman ruptura de vísceras (8). Podemos decir que en el presente caso tanto el manejo desde el ingreso hasta el procedimiento realizado en sala de operaciones fue satisfactorio, se valoró el tiempo transcurrido desde la lesión hasta el ingreso a tóxico, el tipo de arma empleada, la distancia del atacante, se consideró además el número de lesiones y la pérdida sanguínea; La evolución del post operatorio del paciente fue bueno y al día 9 de hospitalización se indicó alta médica con control por consultorio externo de cirugía general.

#### 3.1.4 Caso clínico n°. 4

El paro cardiorespiratorio es la máxima emergencia y primera causa de muerte en adultos. La patología respiratoria se considera primera causa de muerte en niños. Se define paro cardiorespiratorio como la interrupción brusca e inesperada de la circulación y de la respiración espontánea que puede ser reversible. Se puede describir fisiopatológicamente como la falta de oxígeno que produce una alteración en la periferia y en los órganos vitales que llevan a la muerte biológica o anoxia tisular (9).

La reanimación cardiopulmonar es un conjunto de medidas estandarizadas a nivel mundial que siguen una secuencia y son utilizadas para el manejo del paro cardiorespiratorio, a su vez tiene un propósito importante que es sustituir y restaurar tanto la circulación como la respiración espontánea. Para considerar que estamos frente a un paro cardiorespiratorio tenemos que tener presente elementos importantes como valorar el estado de conciencia, la respiración y los latidos cardíacos. Una vez que hayamos reconocido que estamos frente a un paro cardiorespiratorio, pasamos inmediatamente al inicio del soporte básico de vida (BLS) iniciando rápidamente la cadena de supervivencia que tiene como primer eslabón el de activar el sistema de emergencia en caso nos encontremos fuera del hospital (9).

La reanimación cardiopulmonar se debe desarrollar siguiendo un orden que inicia con las compresiones torácicas, seguidas de la apertura y vigilancia de la vía

aérea, y como tercer paso el de realizar una buena ventilación. En cuanto a las compresiones torácicas se dan 30 compresiones y al término de éstas seguidamente se dan 2 ventilaciones, la frecuencia de las compresiones es de 100 a 120 por minuto y el objetivo principal de esta maniobra es proporcionar oxígeno principalmente al cerebro y corazón quienes se encargan de mantener un adecuado riego sanguíneo a nivel coronario. Se continúa con la apertura de la vía aérea manteniendo una posición neutra de frente mentón. Posterior a ello, se asegura el suministro de oxígeno mediante las ventilaciones que se brinda a través de varios métodos aceptados. Una vez realizadas estas maniobras durante 2 minutos, se debe realizar una pausa para poder valorar el estado de la persona que está recibiendo RCP. Estimamos si hay alguna respuesta ante las maniobras, si respira y si tiene pulso. En caso exista respuesta y la persona comience a respirar de nuevo el paso siguiente es colocarla en una posición segura que mantenga permeable la vía respiratoria. En su defecto, si la persona no reacciona ni respira se tiene que continuar ejecutando la reanimación cardiopulmonar hasta que llegue la ayuda médica solicitada antes del inicio de las maniobras (10).

Independientemente donde ocurra el paro cardiorespiratorio, el cuidado posterior a las maniobras de RCP se establece dentro del hospital para vigilar las funciones vitales del paciente (11). Para el presente caso, la reanimación cardiopulmonar se desarrolló dentro del hospital por lo que el manejo fue multidisciplinario, al observar deterioro evidente y progresivo del paciente se tomó la decisión de manejarlo dentro del servicio de Trauma shock.

## **3.2 Rotación en Pediatría**

### **3.2.1 Caso clínico n°. 1**

Las crisis febriles son episodios convulsivos que se asocian a fiebre, en ausencia de infección del sistema nervioso central, de alguna patología metabólica o de crisis epilépticas anteriores sin fiebre (12).

Una crisis febril típica o simple es la cual se presenta en un niño de entre 6 meses de edad hasta los 5 años, tiene una duración de menos de 15 minutos, tipo tónica, clónica o tónico clónica, que sucede por única vez en las 24 primeras horas de haberse presentado una enfermedad febril.

La crisis febril es el trastorno epiléptico más común durante la infancia, presentándose en un 2 a 5 % de los niños con edades de 6 meses a 5 años.

En la historia clínica se debe corroborar la fiebre, preguntar acerca de crisis convulsivas previas, establecer cuánto tiempo ha transcurrido desde el comienzo de la crisis, preguntar acerca del estado de las inmunizaciones.

En el examen físico se debe describir el compromiso del estado general de conciencia, irritabilidad, reflejos patológicos, signos de rigidez de nuca, Brudzinski o Kerning.

Una crisis febril típica o simple no requiere de exámenes auxiliares como electroencefalograma, análisis de laboratorio o neuroimagen.

En cuanto al manejo, si el paciente llega a la emergencia convulsionando, debe procederse a su estabilización con la aseguración de una vía aérea permeable y oxigenación, además de aspirar secreciones de ser necesario. Monitorizar y estabilizar sus funciones vitales durante los procedimientos.

En el tratamiento farmacológico es recomendado el uso de benzodicepinas si la crisis tiene una duración mayor de 3 minutos o si el paciente llega convulsionando; el medicamento de elección es el midazolam por vía intravenosa, con una dosis de 0.1- 0.2 mg / kg.

El manejo de la fiebre se realiza con paracetamol vía oral si el niño está consciente.

Los pacientes que hayan presentado una crisis febril simple que se encuentren estables, como el presentado en este caso, después de un tiempo de observación de 4 - 6 horas pueden ser dados de alta.

Estas crisis son convulsiones benignas las cuales no tienen secuelas (13).

### 3.2.2 Caso clínico n°. 2

La enfermedad mano, pie, boca, es una enfermedad viral causada por un grupo de *enterovirus*, entre los cuales destacan el *coxsackie A6* y el *enterovirus-71*, esta se presenta en su mayoría en niños con edades menores a 10 años (14).

Entre las manifestaciones clínicas se presenta un periodo prodrómico de entre 12 a 24 horas, en donde pueden hallarse fiebre, malestar general, dolor abdominal y sintomatología respiratoria. Las lesiones que aparecen inicialmente son las vesículas en mucosa oral, las cuales son de forma ovalada o lineal y tienen un diámetro entre 3 a 7 mm, con una pared delgada, de color gris perlado y un halo eritematoso; después de 24 horas aparecen vesículas cutáneas en las caras laterales y dorsales de dedos, alrededor de los talones, uñas, en flexuras de las palmas y plantas; pocos días después se forman costras pequeñas, que desaparecen entre 7 a 10 días, sin dejar secuelas (15).

El tratamiento consiste en el alivio sintomático, medidas de salud pública, entre las que se encuentran buen lavado de manos a menudo con agua y jabón por al menos 20 segundos, limpieza y desinfección de superficies, aislamiento de los casos identificados en el hogar (16).

### 3.2.3 Caso clínico n°. 3

La gastroenteritis es aquella inflamación gastrointestinal aguda que se caracteriza principalmente por cuadros de diarreas que aparecen de manera súbita y que pueden acompañarse de síntomas como náuseas, vómitos, dolor abdominal o fiebre. Se define diarrea aguda como el aumento de la frecuencia de las deposiciones mayor a 3 veces en 24 horas y la disminución de la consistencia de la misma en un lapso menor de 14 días (17).

La etiología de la diarrea aguda infecciosa es predominantemente viral siendo la principal causa el *rotavirus* y se estima que comprende el 70 % de los casos. Entre los agentes bacterianos que predominan tenemos a la *shigella*, *campylobacter*, *salmonella* y *E. Coli enterotoxigénica* (17). Fisiopatológicamente se explica que estos microorganismos colonizan el tracto intestinal y producen

toxinas invadiendo e inflamando toda la mucosa intestinal y alterando la función normal de las proteínas. Como efecto se produce un deterioro de las células epiteliales del intestino que hacen que se produzca la salida de sustancias como moco y sangre hacia la luz intestinal. Teniendo como consecuencia disminución de la consistencia de heces y aumento en su frecuencia (18).

Una importante complicación de la diarrea aguda infecciosa es la deshidratación, que se define como un cuadro que conlleva a un déficit de agua y electrolitos en el organismo. Considerándose un factor importante de hospitalizaciones en nuestro medio, por ello es importante manejar la deshidratación como parte de una atención adecuada e integral en los pacientes pediátricos (19).

Asimismo, clasificamos a la deshidratación según el grado de severidad, teniendo en cuenta los signos y síntomas clásicos que nos permitan identificar oportunamente a los pacientes con mayor necesidad de atención médica. El aspecto clínico esencial en estos casos para conocer el grado de deshidratación es el porcentaje de pérdida de líquidos. Considerando a una deshidratación leve como la pérdida menor al 5 % del peso corporal total, moderada con pérdida de 5 a 10 % y grave con pérdida mayor igual al 10 % del peso corporal total del paciente pediátrico (19).

Para fines diagnósticos nos basamos fundamentalmente en la clínica y la exploración física. Existen parámetros que sugieren el agente etiológico como la edad, la presencia de sangre en heces, los antecedentes epidemiológicos del paciente como la crianza de aves de corral, la forma de inicio del cuadro, entre otros. No existe tratamiento específico para la gastroenteritis como tal, lo que sí es imprescindible es el manejo de la deshidratación en los pacientes pediátricos y posterior a ello enfocarnos en su restauración nutricional (19).

En la práctica clínica usamos sales de rehidratación oral para el manejo de la deshidratación de nuestros pacientes pediátricos, usualmente en dosis de 50-100 cc/kg en 4 horas en casos de deshidratación moderada como es el caso del paciente donde aplicamos el plan B. Luego de ello se reevalúa en un lapso de 2 horas y si responde al manejo se indica alta con observación de signos de alarma. Caso contrario y sin evidencia de mejoría clínica se hospitaliza al

paciente y se sigue con el plan C o rehidratación por vía endovenosa dosis de 100 cc/kg/3-6 horas según la edad del paciente. En caso que exista signos de shock como hipotensión, trastorno del sensorio o anuria está indicado el uso de lactato de ringer en dosis de 10-20 cc/kg/bolo (20). En nuestro medio usamos suero fisiológico al 9 % ya que no contamos disponibilidad de lactato de ringer en nuestros hospitales. En cuanto al soporte nutricional en los pacientes con diarrea aguda infecciosa no se debe restringir la alimentación ni leche materna, tampoco alterar la calidad de los alimentos. El manejo de antibioticoterapia en estos casos es controversial (21).

#### 3.2.4 Caso clínico n°. 4

El presente caso se trata de un paciente de 5 meses con diagnóstico probable de bronquiolitis, que es una infección aguda frecuente del tracto respiratorio inferior que se frecuenta en niños menores al año de edad y abarca el 18 % de atenciones hospitalarias en nuestro país. Se caracteriza por episodios de tos con sibilancias que están precedidos por un cuadro catarral con frecuencia. Esta enfermedad se asocia a etiología viral, donde predomina el *virus sincitial respiratorio* en un 70 % de casos (22). En este caso nuestro paciente presenta un cuadro de rinorrea asociado a tos y al examen físico presenta sibilantes y crepitantes por lo cual la primera impresión diagnóstica es de bronquiolitis.

Las infecciones de vía respiratoria baja son un gran problema en nuestro medio y se produce por contacto directo con fluidos de una persona infectada por el virus o por contacto indirecto a través de objetos contaminados con fluidos. Esta infección comienza a nivel de la vía aérea superior para luego invadir los bronquiolos y producir inflamación, daño de los cilios, edema y en casos más graves necrosis de tejido. Estos mecanismos fisiopatológicos conducen a una obstrucción de la vía aérea que puede ser parcial o total, afectando la ventilación y perfusión normal y desencadenando cuadros de hipoxemia y taquipnea en estos pacientes (22).

Existen distintos parámetros para evaluar la severidad de esta enfermedad, una de ellas es la Escala de Severidad de Bronquiolitis Aguda (ESBA) que nos permite actuar de manera oportuna en caso el paciente obtenga un puntaje mayor a 10 puntos lo que lo predispone a un manejo más agresivo. Respecto a los exámenes de diagnóstico, generalmente son clínicos y no está indicado solicitar exámenes de laboratorio como rutina (23). Tampoco están indicados los exámenes de imágenes en estos casos a menos que exista duda diagnóstica.

El manejo de la bronquiolitis se resume en 4 pasos importantes como es la aspiración de secreciones, el uso de oxigenoterapia para mantener una saturación adecuada, hidratación y la nebulización con NaCl 0.9 % para mantener las vías aéreas permeables. Para manejo sintomático de bronquiolitis se usan 6 pasos como manejo de la fiebre, continuar con la alimentación, aumentar el aporte de líquidos, no usar antitusígenos ni descongestionantes, observar los signos de alarma y mantener las fosas nasales libre de secreciones (23). En cuanto al manejo de nuestro paciente se usó corticoide lo cual no está indicado según la guía del MINSA, sin embargo, el paciente respondió satisfactoriamente lo cual fue dado de alta al cuarto día del servicio de pediatría.

### **3.3 Rotación en medicina**

#### **3.3.1 Caso clínico n°. 1**

La infección del tracto urinario corresponde a la presencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario, siendo el origen bacteriano el más frecuente, con una cuantificación de al menos  $10^5$  unidades formadoras de colonias por mL de orina tomada de chorro medio.

Una ITU es recurrente cuando se presentan más de tres episodios de ITU demostrados por cultivo en un año, o 2 episodios en 6 meses.

En la gran mayoría de los casos el microorganismo causante de la ITU es la *escherichia coli* y en más del 95 % de los casos solamente es encontrado un único microorganismo responsable.

Entre los signos y síntomas se encuentran la polaquiuria, disuria, dolor suprapúbico y la hematuria. En una cistitis se presentan disuria, polaquiuria, tenesmo, incontinencia; en cambio en una pielonefritis se pueden hallar además de los anteriores, dolor lumbar, dolor en flanco, malestar general, anorexia, fiebre, escalofríos, náuseas o vómitos.

Entre los exámenes auxiliares se deben solicitar examen completo de orina, en donde se podrán encontrar leucocituria, bacteriuria, nitritos +, esterasa leucocitaria, hematuria; urocultivo; hemocultivo; hemograma, VSG, urea, creatinina, glucosa deben ser solicitados en casos de ITU complicada, sospecha de sepsis, HTA, enfermedad renal, edad mayor de 60 años, gestantes, diabete mellitus o presencia de algún criterio de gravedad.

En el tratamiento en caso de pielonefritis está indicado piperacilina/tazobactam el cual puede utilizarse como tratamiento empírico, ya que la mayor parte de *E. coli* productoras de BLEEs son susceptibles a este antibiótico; la duración debe ser de 7 días en caso de pielonefritis no complicada (24).

### 3.3.2 Caso clínico n°. 2

El infarto agudo de miocardio corresponde a la necrosis de las células del miocardio, este se produce cuando una placa de ateroma en el interior de una arteria coronaria se obstruye dificultando o impidiendo el flujo sanguíneo, las consecuencias pueden ir desde una angina de pecho, cuando la interrupción del flujo sanguíneo al corazón es temporal, a un infarto de miocardio, cuando esta es permanente e irreversible.

La disnea se produce cuando el daño reduce el gasto cardíaco del ventrículo izquierdo, generando una insuficiencia ventricular izquierda y edema pulmonar

El infarto agudo de miocardio es la principal causa de muerte en países desarrollados y la tercera en países en vía de desarrollo (25).

La monitorización EKG debe iniciarse lo antes posible en todos los pacientes con sospecha de IAM, para poder detectar arritmias que pongan en riesgo la vida y

permitir la desfibrilación cuando esté indicada. Se debe realizar un EKG de 12 derivaciones e interpretarlo lo más pronto posible (26).

Si el tiempo desde el diagnóstico con la realización de un EKG hasta la realización de la intervención coronaria percutánea primaria, es mayor a 2 horas, la fibrinólisis se realiza con alteplase y se añade terapia conjunta con antiagregante plaquetario y anticoagulante (27).

### 3.3.3 Caso clínico n°. 3

La pancreatitis aguda suele ser uno de los motivos frecuentes de ingreso hospitalario (28). Principalmente en nuestro medio se considera los cálculos biliares y el consumo crónico de alcohol como causas importantes. Sin embargo, debemos considerar las causas menos frecuentes, pero no menos importantes como la gestación y la etiología autoinmune. Esta condición tiene diversos criterios clínicos para ser diagnosticado, entre ellos es característico el dolor abdominal de tipo que generalmente es de inicio súbito generalmente posterior al consumo de alimentos de alto contenido calórico, entre ellas principalmente las grasas. El dolor es típico ya que se manifiesta con frecuencia con irradiación hacia la espalda. Dentro de los criterios laboratoriales principalmente se considera el nivel de enzimas pancreáticas amilasa y lipasa elevados 3 veces mayor que su valor superior normal (29), como tercer criterio tenemos los imagenológicos donde son de importancia en casos que pueda existir duda diagnóstica frente a otras patologías o en casos que exista severidad del cuadro y se desee clasificar el riesgo clínico según los marcadores de pronóstico y severidad Marshall y Bisap. En el presente caso el puntaje fue de 0 puntos en ambos scores.

En el presente caso de la paciente se cataloga una pancreatitis aguda leve litiásica ya que tiene antecedente de cálculos biliares desde el 2021, adicionalmente se tiene como antecedente que tuvo una gestación en el año 2022 lo que puede indicarnos que esta situación la predispuso a que se genere un cuadro clínico más florido. La paciente presentó la sintomatología típica de la

pancreatitis además de presentar valores de amilasa y lipasa que era mayor al triple de su valor normal máximo lo cual nos afianzó el diagnóstico (29).

En cuanto al manejo de esta patología, se recomienda suspender la nutrición por vía oral hasta que el dolor abdominal se reduzca al mínimo posible, en estos casos puede durar entre 24 a 48 horas el tiempo prudente para volver a iniciar tolerancia oral en estos pacientes. (30). Desde el inicio la hidratación parenteral es esencial en estos casos, la mayoría de las literaturas recomiendan emplear cristaloides en específico lactato de ringer, considerando siempre los protocolos para una adecuada hidratación ya que estudios revelan que un uso rápido y no controlado de hidratación puede generar riesgo de síndrome compartimental e infecciones, incluso puede llegar a la necesidad de ventilación mecánica, por ello es imprescindible tener un uso racional de fluidos (30).

Se conoce que el manejo del dolor en la pancreatitis se basa en el uso de AINES y los opioides, la administración se da por vía endovenosa obteniendo buenos efectos analgésicos en estos pacientes (30). En este caso en particular se tuvo un correcto manejo, se indicó NPO desde el primer día de hospitalización de la paciente, además se usó suero fisiológico para la hidratación ya que no se contaba con lactato de ringer en ese momento en el hospital. Además, se administró analgésicos y antieméticos por vía endovenosa lo cual fue evidenciándose al tercer día de hospitalización una mejoría clínica en la paciente.

#### 3.3.4 Caso clínico n°. 4

La infección urinaria en pacientes con enfermedad renal es un problema grave y causa sustancial de morbilidad y mortalidad en las mujeres de todo el mundo. Esto se debe a factores potencialmente riesgosos que predisponen a este tipo de infecciones y que conllevan finalmente a una rápida progresión de la enfermedad muchas veces ocasionando niveles altos de estancia hospitalaria, Teniendo a la cabeza a la *Escherichia coli* como agente principal de infección urinaria hospitalaria y extrahospitalaria (31). El riesgo de contraer una infección urinaria aumenta conforme va avanzando la enfermedad renal crónica y la inmunidad de la persona se va deteriorando, produciendo en muchos casos procesos infecciosos que superan hasta 3 veces el nivel de agresividad en comparación

con personas sanas infectadas. Estas complicaciones que se producen en los pacientes con enfermedad renal crónica se observan mayormente en pacientes que llevan tratamiento renal sustitutivo como los que reciben hemodiálisis, trasplantados renales, portadores de sondaje vesical, en especial las de sexo femenino y mayores de 60 años (32). La paciente presenta como antecedente patológico enfermedad renal crónica no tratada, sumado a ello presenta litiasis renal por ecografía lo que nos hace sospechar que el cuadro clínico se debe a una infección urinaria complicada de tipo obstructivo.

Estas infecciones urinarias pueden ser clasificadas de acuerdo a distintos aspectos entre ellas tenemos según la localización anatómica siendo altas o bajas, cada una de ellas tiene un cuadro clínico distinto, también se clasifican en infecciones urinarias no complicadas y las complicadas (32). Para el presente caso se trata de una infección complicada porque se da en pacientes con problemas anatómicos o funcionales de la vía urinaria como es el caso. Además, se considera de tipo recurrente por haber presentado la paciente 2 episodios de infección urinaria en 6 meses (33).

El diagnóstico se basa fundamentalmente en la clínica y la existencia de un examen de orina patológico, es decir la presencia de más de 5 leucocitos por campo. Por ello, se solicitó exámenes de laboratorio y urocultivo con antibiograma para mayor aproximación diagnóstica e iniciar tempranamente un manejo antibiótico adecuado en la paciente con antecedente de infección urinaria a repetición. Respecto al manejo farmacológico, específicamente en estos pacientes se sugiere de preferencia usarlos de manera racional para evitar efectos nefrotóxicos y con dosis adecuadas calculados según el clearance o la tasa de filtrado glomerular que se estime, para el presente caso se indicó meropenem 1 gr endovenoso previo cálculo de la tasa de filtración glomerular. Recalcar además que el manejo no sólo se basa en la prescripción de antimicrobianos, también se basa en aplicar medidas preventivas como medidas de higiene, consumo de agua oportuno y vaciamiento total de la vejiga (34).

### **3.4 Rotación en Ginecología y Obstetricia**

#### **3.4.1 Caso clínico n°. 1**

La amenaza de aborto es la presencia de sangrado de origen intrauterino antes de la semana 20 de gestación, sin dilatación cervical y sin expulsión del producto de la concepción.

Un 20 a 30 % de las gestantes presentan hemorragia en el primer trimestre. El cérvix se mantiene cerrado y puede haber un ligero sangrado, con o sin dolor cólico. El aborto espontáneo ocurre sólo en un pequeño porcentaje de mujeres con sangrado vaginal durante la gestación.

Entre los síntomas se encuentran amenorrea secundaria, presencia de vitalidad fetal y dolor cólico abdominal. Para el diagnóstico se puede realizar una ecografía abdominal o vaginal, examen pélvico y de laboratorio en los cuales se incluye BHCG cuantitativa y hemograma completo (35).

Para el manejo es necesario el reposo en cama por 48 horas, control del dolor, control de signos vitales y de alarma (36).

#### 3.4.2 Caso clínico n°. 2

La preeclampsia es el trastorno que se presenta después de las 20 semanas de gestación, esta se caracteriza por la aparición de hipertensión arterial con proteinuria, en ausencia de proteinuria se puede diagnosticar con la presencia de creatinina mayor a 90  $\mu\text{mol} / \text{L}$ , transaminasas elevadas, trombocitopenia, complicaciones neurológicas.

Las muertes maternas por preeclampsia representan la segunda causa de muerte materna, se relaciona con un 17 a 25 % de las muertes perinatales y es la principal causa de restricción de crecimiento fetal.

Entre los exámenes auxiliares se deberán pedir hemograma completo, ácido úrico, creatinina, urea, DHL, pruebas hepáticas, proteinuria de 24 horas, glucosa, examen de orina.

El manejo conservador en embarazos prematuros puede mejorar los resultados perinatales, debiéndose realizar un cuidadoso monitoreo materno fetal. La terapia antihipertensiva se realizará ante presiones mayores de 160/110 mm Hg,

teniendo como objetivo la disminución de las complicaciones maternas. Se recomienda alfametildopa de 500 a 2000 mg por día, en 2 a 4 dosis (37).

### 3.4.3 Caso clínico n°. 3

Durante la segunda mitad del embarazo se producen importantes sucesos que pueden comprometer la vida del feto y de la gestante. Se conoce que cerca del 15 % de todas las gestantes de nuestro país presentan riesgo de morbimortalidad durante la segunda mitad de gestación, además la hemorragia está asociado a parto prematuro, sufrimiento fetal agudo y en menos frecuencia muerte perinatal. La prevalencia en Perú es de 0.7 % según estudios. El desprendimiento prematuro de placenta o abrupto placentario es una hemorragia decidual que lleva a la separación precoz de la placenta. La forma más frecuente es desconocida y el principal factor de riesgo asociado es la preeclampsia. Menos frecuentes pero importantes tenemos a los factores ambientales como la edad materna mayor a los 35 años, el uso de drogas, la multiparidad entre otras (38).

En el 78% de los casos hay sangrado de color rojo oscuro, escaso, generalmente es de inicio brusco y se asocia a dolor abdominal. El dato clínico más específico es el aumento del tono uterino conocido también como útero de Couvelaire, esto se debe a una infiltración de sangre en el miometrio. La coagulación intravascular diseminada se considera la complicación más severa para la madre (39).

La conducta a seguir en esta patología es hospitalizar, realizar un seguimiento y monitorizar de funciones vitales en caso de que no exista sufrimiento fetal o sea un embarazo menor a 37 semanas. Se procede a canalizar una vía endovenosa y se debe iniciar infusión de solución salina 0.9 %, reposo absoluto y solicitar exámenes auxiliares completos para descartar cualquier evento crítico. Si existe persistencia de sangrado y hay evidencia de sufrimiento fetal la medida adecuada es terminar con el embarazo por la mejor vía (39). En casos de parto prematuro cuando el feto tiene 34 semanas o menos se procederá a maduración pulmonar previo al término de la gestación.

Debemos tener en cuenta que el manejo posterior al alumbramiento es vigilar que ya no exista sangrado, caso contrario se tiene que iniciar con masajes uterinos, uterotónicos incluso si el sangrado persiste se recomienda realizar histerectomía de emergencia (40). El pronóstico del desprendimiento prematuro de placenta se basa en proporcionar información adecuada a la paciente sobre los signos de alarma como sangrado e hipertonia uterina que se pudieran presentar dentro del embarazo y acudir tempranamente al hospital para evitar complicaciones no deseados.

#### 3.4.4 Caso clínico n°. 4

Cuando un ovocito fertilizado se implanta fuera de la cavidad que no es el endometrio se define un embarazo ectópico. La incidencia de esta patología ha ido en aumento en los últimos años y se asocian estrechamente a la enfermedad pélvica inflamatoria, uso de dispositivo intrauterino y tener varias parejas sexuales. La localización más frecuente del embarazo ectópico se da a nivel tubárico, en específico ampular. Seguido del istmo que tiene riesgo de ruptura precoz y el abdominal que puede llegar a término del embarazo (41).

El síntoma cardinal en la triada clásica del embarazo ectópico es el dolor pélvico que generalmente se da al tacto bimanual o a la movilización de los anexos. Los siguientes aspectos que componen la triada es la beta HCG mayor a 1500 y la hemorragia. Siempre descartar esta triada en una paciente joven en edad reproductiva como es el caso presentado.

En cuanto a los exámenes auxiliares, es de importancia hacer el dosaje de la subunidad beta de gonadotrofinas coriónicas humana HCG y en la ecografía revela útero vacío con imagen paranaxial que puede estar acompañada de líquido libre en fondo de saco (41).

Las medidas generales a tener en cuenta al momento de la hospitalización es asegurar una vía endovenosa para tratamiento médico previo a la decisión para ingreso a sala de operaciones según los criterios de severidad que presente cada paciente. El manejo medico farmacológico de elección es el metotrexato que ha demostrado efectividad en estos cuadros. Asimismo, es importante complementar los estudios con exámenes de laboratorio para valoración de

riesgo de alguna complicación. En casos de embarazo ectópico complicado con inestabilidad hemodinámica se realiza laparotomía para detener el sangrado y de ser necesario está indicado dejar dren intraabdominal

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

El internado médico del periodo 2022 - 2023, comprendió desde el 1 de junio de 2022 al 31 de marzo del presente año, teniendo una duración total de 10 meses, esta etapa ha permitido la familiarización con el sistema de salud, después de años sin poder haber acudido a un hospital con fines educativos debido a la contingencia ocasionada por el COVID-19

El desarrollo del internado en este estudio se dio en centros de salud de categoría I-3, en hospitales de alta complejidad, gracias a esto se reforzaron y adquirieron nuevos conocimientos acerca del manejo de pacientes con distintas patologías, permitiendo así a los internos de estos hospitales saber cómo actuar en situaciones de emergencia y urgencia, observando directamente cómo se realiza el manejo tanto farmacológico como quirúrgico, a su vez, permitiendo participar en las discusiones de los distintos y variados casos clínicos, como proponer y sustentar el manejo más apropiado en cada caso.

Como se ha descrito en el presente estudio, ambos hospitales contaban con las 4 especialidades correspondientes a Cirugía General, Pediatría, Medicina Interna y Ginecología y Obstetricia, lo cual permitió analizar los distintos casos de estas rotaciones, a su vez diferenciar en cada una de estas la elaboración de la historia clínica y los objetivos de manejo, los cuales difieren dependiendo de la especialidad.

Es por esto que este periodo es una etapa tan importante para la formación del estudiante de medicina y cobra mucha más importancia en el contexto vivido durante la época entre el 2022 y 2023, puesto a que previamente los estudiantes solo habían podido resolver casos clínicos de manera virtual, de esta manera se pudo ganar conocimiento y experiencia en el ámbito laboral real

## CONCLUSIONES

El internado médico es una etapa de gran importancia en la formación académica del estudiante de medicina, la cual brinda experiencia y es indispensable para el desarrollo profesional para el personal de ciencias de la salud.

Durante el internado el trabajo tiene que ser ejecutado de forma organizada y guiada, en el cual el trabajo en equipo es indispensable para poder tomar la mejor decisión en el menor tiempo posible, priorizando el bienestar del paciente.

Esta etapa permite al estudiante de medicina enfocar una atención integral de la salud, viendo al paciente como un todo, sin solo enfocarse en las patologías, además de enseñar lo necesario que es el trabajo en equipo multidisciplinario para llegar a la resolución de los problemas.

Al haber cumplido satisfactoriamente el internado también se obtuvo bastante interacción con los pacientes y sus distintos casos clínicos en donde se desarrollaron buenas relaciones médico paciente, la empatía, paciencia, gratitud y otros valores con ellos que también contribuyen al crecimiento como personas.

## RECOMENDACIONES

Llegar al internado médico es un desafío, por lo cual se recomienda que los nuevos internos se encuentren preparados tanto intelectualmente como psicológicamente, para poder desenvolverse con facilidad y les sea una experiencia agradable donde puedan mejorar y reforzar los conocimientos ya aprendidos durante los 6 años.

Se debe considerar reducir el tiempo de rotación en centros de atención primaria, ya que las rotaciones dentro de un hospital se ven casos de mayor complejidad donde tenemos la oportunidad de adquirir conocimientos nuevos y conlleva a una mejor formación como médico.

Trabajar en equipo con los demás internos de medicina en cada rotación les permitirá sentir la seguridad que lo hacen bien, el internado no es una competencia, es la oportunidad de convivir un largo tiempo con personas con las mismas habilidades y que buscan el bien por el paciente.

Realizar actividades académicas dentro del internado donde puedan compartir y discutir los casos clínicos de cada interno, asimismo asistir a las presentaciones de caso de los residentes para aumentar los conocimientos de especialidades.

Que el incentivo mensual se siga otorgando a los internos de medicina, pues realizan distintos roles dentro del hospital y son un gran apoyo para los médicos residentes y asistentes.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hospital de Emergencias Villa el Salvador - Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de apendicitis aguda. Perú. Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3435747/10.%20gu%C3%ADa%20para%20el%20diagn%C3%B3stico%20y%20tratamiento%20de%20apendicitis%20aguda.pdf.pdf>
2. Hernandez, J. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. México 2019. Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-00992019000100033](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033)
3. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la coledocolitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis. EsSalud. Perú. 2018. Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en: [http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC\\_Colelitiasis\\_Version\\_Extensa.pdf](http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Colelitiasis_Version_Extensa.pdf)
4. Zarate AJ. Colecistitis Aguda. Universidad Finis Terrae. Chile. Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en: <https://medfinis.cl/img/manuales/Colecistitis%20aguda.pdf>
5. Guía de práctica clínica: Diagnóstico y manejo de la colecistitis. Hospital de emergencias José Casimiro Ulloa. Perú. 2018. Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en: [https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/Resoluci%C3%B3n\\_Directoral\\_N294-2018-DG-HEJCU\\_Guia\\_de\\_Practica\\_Clinica.pdf](https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/Resoluci%C3%B3n_Directoral_N294-2018-DG-HEJCU_Guia_de_Practica_Clinica.pdf)
6. Stewart R. ATLS, PROGRAMA AVANZADO DE APOYO VITAL EN TRAUMA PARA MEDICOS DÉCIMA EDICIÓN. 2018 Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en: <https://enarm.com.mx/catalogo/3.pdf>
7. Fernandez V. Trauma abdominal-Manejo quirúrgico en el Hospital Cayetano Heredia 2014-2017. 2019 Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en:

[https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/5967/Trauma\\_FernandezValer\\_Daniel.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/5967/Trauma_FernandezValer_Daniel.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

8. Rivera E. Guía de práctica clínica traumatismo abdominal. Perú. 2022 Internet. [citado 13 de abril de 2023] Disponible en: <https://larcoherrera.gob.pe/wp-content/uploads/2022/11/RD-173-2022-DG-HVLH-MINSA.pdf>

9. Schlesinger A. Reanimación cardiopulmonar (RCP) en adultos. 2021 Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/cuidados-cr%C3%ADticos/paro-card%C3%ADaco-y-reanimaci%C3%B3n-cardiopulmonar/reanimaci%C3%B3n-cardiopulmonar-rcp-en-adultos>

10. Lavonas E. Aspectos destacados de las Guías de la American Heart Association del 2020 para RCP Y ACE. 2020 Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en: [https://cpr.heart.org/-/media/CPR-Files/CPR-Guidelines-Files/Highlights/Hghlghts\\_2020ECCGuidelines\\_Spanish.pdf](https://cpr.heart.org/-/media/CPR-Files/CPR-Guidelines-Files/Highlights/Hghlghts_2020ECCGuidelines_Spanish.pdf)

11. Acuña D. Manual de RCP básico y avanzado. 2021. Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2021/04/manual-rcp-basico-avanzado-medicina-uc.pdf>

12. García A. Convulsiones febriles. Hospital clínico San Carlos. España. 2022. Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/38\\_0.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/38_0.pdf)

13. Guía técnica: Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de crisis febriles. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Perú. 2021. Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en: [https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2021/RD/RD\\_369-2021-HCH-DG.pdf](https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2021/RD/RD_369-2021-HCH-DG.pdf)

14. Meza R. Enfermedad mano, pie, boca. Universidad Nacional del Valle de México. 2018. Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en:

[https://eipediatria.com/num\\_ants/octubre-diciembre-2018/01\\_revision\\_basica.pdf](https://eipediatria.com/num_ants/octubre-diciembre-2018/01_revision_basica.pdf)

15. Sapia E. Genotipificación del virus de la enfermedad mano-pie-boca atípica en un hospital pediátrico de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. 2020 Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2020/v118n2a27.pdf>

16. MINSA. Alerta epidemiológica ocurrencia de brotes de la enfermedad mano, pie y boca (EMPB). Perú. 2022. Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/alertas/alertas\\_20226\\_06\\_173746.pdf](https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/alertas/alertas_20226_06_173746.pdf)

17. MINSA. Guía técnica: “Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño”. Gobierno del Perú. 2017. [Internet]. [citado 13 de abril de 2023] Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666\\_RM\\_N\\_C2\\_B0\\_755-2017-MINSA.pdf20180823-24725-Ilg4ky.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666_RM_N_C2_B0_755-2017-MINSA.pdf20180823-24725-Ilg4ky.pdf)

18. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, AIEPI. Manual Clínico para los Servicios de Salud, tratamiento de la diarrea. 2018. (FCH/CH/18.11.E). [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166083/1/9789275329276.pdf?ua=1>, revisado el 10 de abril del 2018.

19. MINSA. Norma técnica de salud para la vigilancia epidemiológica de la enfermedad diarreica aguda (EDA) en el Perú. ). [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/eda/NTS\\_190-2022-MINSA-CDC-EDA.pdf](https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/eda/NTS_190-2022-MINSA-CDC-EDA.pdf)

20. EsSalud. Guía de práctica clínica de rehidratación y fluidoterapia en niños y adolescentes. Perú. 2017 Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC-Fluidoterapia-Version-Corta.pdf>

- 21 Román E. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. España. Diarrea aguda. Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en: . [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2-diarrea\\_aguda.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2-diarrea_aguda.pdf)
22. García L. Bronquiolitis aguda viral. Protoc diagn ter pediatr. 2017;1:85-102. Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06\\_bronquiolitis\\_aguda\\_viral\\_0.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06_bronquiolitis_aguda_viral_0.pdf)
23. MINSA. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis en niños menores de dos años. Perú. 2019. Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4930.pdf>
24. García C. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de infección del tracto urinario (ITU) en adultos. Perú. 2020. Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en: [https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2021/RD/RD\\_350-2020-HCH-DG.pdf](https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2021/RD/RD_350-2020-HCH-DG.pdf)
25. Ramón J. Proceso de atención en Fase aguda del síndrome Coronario con elevación del ST (SCACEST) en Aragón. 2022 Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en: <https://www.cardioaragon.com/wp-content/uploads/codigo-infarto-2022.pdf>
26. Valladares F. Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. Guía de Práctica Clínica. 2022. Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1024/2144>
27. EsSalud. Manejo inicial del infarto agudo de miocardio con elevación persistente del segmento ST. Perú. 2022. Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5842.pdf>
28. Revista ACTA [Internet]. Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda - Revista ACTA; 16 de diciembre de 2019 [consultado el 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://actagastro.org/actualizacion-en-el-manejo-inicial-de-la-pancreatitis-aguda/>.

29. Durón DB, Laínez AG, García WU, Rubio LL, Rosales AB, Romero LD. Pancreatitis aguda: Evidencia actual. Archivos de medicina [Internet]. 2018 [cited 2023 Apr 12];14(1):4. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6373539#:~:text=La%20pancreatitis%20aguda%20es%20uno>
30. Almeida K. Pancreatitis aguda secundaria a hipertrigliceridemia. RECIMUNDO; Editorial Saberes del Conocimiento, 2020. Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/810/1320>
31. García R. Infecciones del tracto urinario en la enfermedad renal crónica. Rev. colom. nefrol. vol.7 no.1 Bogotá Jan./June 2020. Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2500-50062020000100070](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2500-50062020000100070)
32. Ramírez F. Guía para el diagnóstico, estudio y tratamiento de la infección urinaria: actualización 2022. 2022. Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2022/v120n5a25s.pdf>
33. Gupta K. Recurrent simple cystitis in women. UpToDate. 2022 Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/recurrent-simple-cystitis-in-women?search=infeccion%20urinaria%20recurrente%20women&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#references](https://www.uptodate.com/contents/recurrent-simple-cystitis-in-women?search=infeccion%20urinaria%20recurrente%20women&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#references)
34. Gupta K. Acute complicated urinary tract infection (including pyelonephritis) in adults. UpToDate. 2022 Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/acute-complicated-urinary-tract-infection-including-pyelonephritis-in-adults?search=infection%20urinaria%20in%20women%20&source=search\\_result&selectedTitle=3~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/acute-complicated-urinary-tract-infection-including-pyelonephritis-in-adults?search=infection%20urinaria%20in%20women%20&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=2)

35. Aramburu N. Amenaza de aborto. UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES. Perú. 2017. Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en: <https://repositorio.utea.edu.pe/bitstream/utea/53/1/Amenaza%20de%20aborto.pdf>
36. Galvis V. Guía de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo. Colombia. Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/28Atencion%20de%20las%20hemorragias%20embarazo.PDF>
37. Hospital Cayetano Heredia. Guía clínica para diagnóstico y tratamiento de los trastornos hipertensivos del embarazo: Preeclampsia. Perú. 2019. Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en: [https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2019/rd/RD\\_326-2019-HCH-DG.pdf](https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2019/rd/RD_326-2019-HCH-DG.pdf)
38. Dulay A. Desprendimiento de placenta. 2022 Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en <https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/complicaciones-del-embarazo/desprendimiento-de-placenta>
39. Hospital Cayetano Heredia. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA. Perú. 2019. Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en [https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2020/RD\\_495-2019-HCH-DG.pdf](https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2020/RD_495-2019-HCH-DG.pdf)
40. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas segundo nivel de capacidad resolutoria. Perú. 2007. Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852\\_IMP198.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf)
41. Vargas V. Embarazo ectópico abdominal, presentación de un caso y revisión de la literatura. México. 2017. Internet [citado 13 de abril de 2023] Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v82n3/0717-7526-rchog-82-03-0338.pdf>