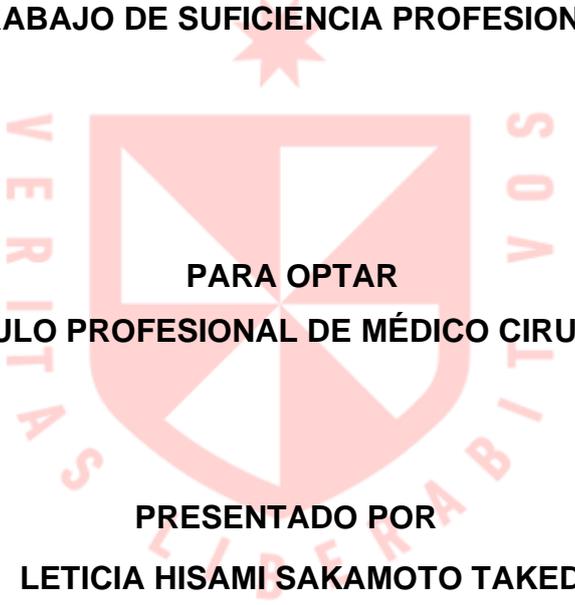


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN UN HOSPITAL Y
UN CENTRO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LIMA SUR
2022-2023

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL



PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR
LETICIA HISAMI SAKAMOTO TAKEDA

ASESOR
PAMELA HAYDEE JUMP SALCEDO

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 UN HOSPITAL Y
UN CENTRO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LIMA SUR
2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

LETICIA HISAMI SAKAMOTO TAKEDA

ASESOR:

DRA. PAMELA HAYDEE JUMP SALCEDO

LIMA, PERÚ

2023

JURADO

Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Dr. Johandi Delgado Quispe

Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico a mis padres y hermano por su apoyo incondicional durante toda la carrera. Asimismo, deseo agradecer a mis amigos y doctores quienes me apoyaron a lo largo de los años.

ÍNDICE

ÍNDICE	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	2
1.1 Rotación de Pediatría	2
1.2 Rotación de Medicina Interna	4
1.3 Rotación de Cirugía	6
1.4 Rotación de Gineco-Obstetricia	9
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	11
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	13
3.1 Rotación de Pediatría	13
3.2 Rotación de Medicina Interna	15
3.3 Rotación de Cirugía	17
3.4 Rotación de Gineco-Obstetricia	19
CONCLUSIONES	22
RECOMENDACIONES	23
FUENTES DE INFORMACIÓN	24
ANEXO 1. ESCALA DE BURCH Y WARTOFSKY	29
ANEXO 2: ESCALA DE ALVARADO	30

RESUMEN

La carrera de Medicina Humana en el Perú tiene una duración de 7 años, el internado médico se realiza en el último año de estudios. En este periodo de tiempo, el estudiante pone en práctica todos los conocimientos teóricos y prácticos aprendidos en los años previos, además de adquirir mayor responsabilidad frente al paciente.

El internado médico 2022 tuvo una duración de 10 meses. Inició el 01 de junio del 2022 y culminó el 31 de marzo del 2023. Los primeros 8 meses se realizaron en un hospital, y los últimos 2 meses en un establecimiento de primer nivel de atención. El internado estuvo dividido en 4 rotaciones: Pediatría, Medicina Interna, Cirugía y Gineco-Obstetricia.

Objetivo: Describir las experiencias y desarrollo del internado médico durante el periodo del 01 de junio del 2022 al 31 de marzo del 2023. Detallar la trayectoria profesional, el contexto en el cual se desarrolló el internado y la aplicación profesional de las competencias aprendidas.

Metodología: Se describieron las experiencias del internado médico realizado en el Hospital de Emergencias Villa el Salvador y el Centro de Salud Materno Infantil Buenos Aires de Villa. Se llevó a cabo la recopilación de casos clínicos de las distintas especialidades.

Resultados: Caso 1- Paciente de 1 año y medio, con antecedentes de vacunación incompleta y nebulización hace 3 meses. Presentó tos seca y rinorrea, que se volvió más intensa con llanto. Impresión diagnóstica bronquiolitis. Caso 2- Paciente de 5 años, sin antecedentes de importancia, presentó fiebre cuantificada de 39,0 ° C, súbitamente presentó movimientos tónicoclónicos que duraron menos de 10 segundos. Impresión diagnóstica convulsión febril. Caso 3- Paciente varón de 44 años, con antecedente de hipertiroidismo mal controlado, presentó desde hace 4 días taquicardia y dificultad respiratoria, se le agregó deposiciones líquidas, dolor abdominal, disnea, taquicardia y aumento de volumen de miembros inferiores. Impresión diagnóstica tormenta tiroidea. Caso 4- Paciente mujer de 30 años, con antecedente de cesárea hace 2 años, presentó disuria, polaquiuria y tenesmo

vesical desde hace 3 días. Impresión diagnóstica ITU, cistitis. Caso 5- Paciente mujer de 56 años, sin antecedentes de importancia, presentó desde hace 1 día dolor abdominal en epigastrio, sensación de alza térmica, náuseas y vómitos. Impresión diagnóstica apendicitis aguda. Caso 6- Paciente varón de 54 años, procedente de Cusco, sin antecedentes de importancia, presentó dolor abdominal difuso de moderada intensidad con posterior dolor en hemiabdomen inferior, asociado a fiebre, náuseas y vómitos. Impresión diagnóstica abdomen agudo quirúrgico, vólvulo sigmoides. Caso 7- Paciente de 28 años, puérpera de 20 días, presentó hace 3 días lesión eritematosa en mama derecha asociado a sensación de alza térmica. Impresión diagnóstica mastitis aguda congestiva. Caso 8- Paciente mujer de 17 años, sin antecedentes de importancia, presentó menstruación irregular, no menstrúa desde hace 3 meses, además notó aumento de vello facial. Impresión diagnóstica síndrome de ovario poliquístico.

Conclusiones: El internado es la etapa final de formación de todo estudiante de medicina. Es un año crucial para terminar de adquirir todos los conocimientos teóricos y prácticos antes de convertirse en médico.

ABSTRACT

The Human Medicine career in Peru has a duration of 7 years, the medical internship is performed in the last year of studies. In this period, the student puts into practice all the theoretical and practical knowledge learned in the previous years, in addition to acquiring greater responsibility in front of the patient.

The 2022 medical internship lasted 10 months. It began on June 1, 2022, and ended on March 31, 2023. The first 8 months were spent in a hospital, and the last 2 months in a primary care facility. The internship was divided into 4 rotations: Pediatrics, Internal Medicine, Surgery, and Obstetrics and Gynecology.

Objective: To describe the experiences and development of the medical internship during the period from June 1, 2022, to March 31, 2023. To detail the professional trajectory, the context in which the internship was developed, and the professional application of the competencies learned.

Methodology: The experiences of the medical internship carried out at the Villa el Salvador Emergency Hospital and the Buenos Aires de Villa Maternal and Child Health Center were described. The collection of clinical cases of the different specialties was carried out.

Outcomes: Case 1- 1 and a half year old patient, with a history of incomplete vaccination and nebulization 3 months ago. She presented dry cough and rhinorrhea, which became more intense with crying. Diagnostic impression was bronchiolitis. Case 2- 5-year-old patient, with no relevant history, presented with fever of 39.0°C, suddenly presented tonic-clonic movements lasting less than 10 seconds. Diagnostic impression was febrile convulsion. Case 3- 44-year-old male patient, with a history of poorly controlled hyperthyroidism, presented 4 days ago with tachycardia and respiratory distress, with added liquid stools, abdominal pain, dyspnea, tachycardia and increased volume of the lower limbs. Diagnostic impression thyroid storm. Case 4- 30-year-old female patient, with a history of cesarean section 2 years ago, presented with dysuria, pollakiuria and bladder urgency 3 days ago. Diagnostic impression UTI, cystitis. Case 5- 56-year-old female patient, with no relevant history, presented 1 day ago with abdominal pain in the epigastrium, sensation of thermal elevation, nausea and vomiting.

Diagnostic impression was acute appendicitis. Case 6- A 54-year-old male patient from Cusco, with no previous history of importance, presented with diffuse abdominal pain of moderate intensity with subsequent pain in the lower hemiabdomen, associated with fever, nausea and vomiting. Diagnostic impression: acute surgical abdomen, sigmoid volvulus. Case 7- Patient 28 years old, 20 days postpartum, presented 3 days ago with erythematous lesion in right breast associated with sensation of thermal rise. Diagnostic impression of acute congestive mastitis. Case 8- Female patient, 17 years old, with no important antecedents, presented irregular menstruation, she has not menstruated for 3 months, she also noticed increased facial hair. Diagnostic impression: polycystic ovarian syndrome.

Conclusions: The internship is the final stage of training of every medical student. It is a crucial year to finish acquiring all the theoretical and practical knowledge before becoming a doctor.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN UN HOSPITAL Y UN CENTRO DEL PRI
MER NIVEL DE ATENCIÓN DE LIMA SUR**

AUTOR

LETICIA HISAMI SAKAMOTO TAKEDA

RECUENTO DE PALABRAS

7435 Words

RECUENTO DE CARACTERES

43090 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

39 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

293.9KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 21, 2023 7:03 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 21, 2023 7:05 PM GMT-5

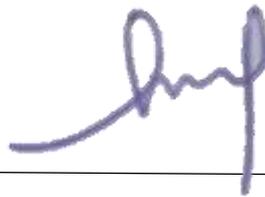
● **20% de similitud general**

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

- 20% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% 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



Dra. Pamela Haydee Jump Salcedo

Asesora

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-6993-0542>

INTRODUCCIÓN

La carrera de Medicina Humana en el Perú tiene una duración de 7 años, el internado médico se realiza en el último año de estudios. En este periodo de tiempo, el estudiante pone a prueba bajo supervisión del médico asistente o residente todos los conocimientos teóricos y prácticos aprendidos en los años previos, además de adquirir mayor responsabilidad frente al paciente, ya que cumplirá un rol activo.

Durante este periodo el alumno debe asistir todos los días al establecimiento de salud, además de cumplir guardias nocturnas establecidas. Sumado a eso, debe estudiar para el Examen Nacional de Medicina (ENAM), que se lleva a cabo semanas antes de culminar el internado. Sin duda un año lleno de estrés para el estudiante de medicina.

Debido a la pandemia del COVID 19, esta promoción de internos tuvo el infortunio de realizar 5to y 6to año de manera virtual. Esto significó que los alumnos solo reciban información teórica, sin poder plasmar lo aprendido de manera práctica. Como consecuencia, gran parte los estudiantes llegaron al último año de la carrera, sin los conocimientos prácticos necesarios.

El internado médico 2022 tuvo una duración de 10 meses. Inició el 01 de junio del 2022 y culminó el 31 de marzo del 2023. Los primeros ocho meses, se realizaron en un hospital. Los últimos 2 meses en un establecimiento de primer nivel de atención. La mayor parte de mi internado médico lo realicé en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador, un hospital que cuenta con la categoría de establecimiento nivel II-2, que pertenece al segundo nivel de atención. Los últimos 2 meses que corresponden a la parte final del internado, lo realicé en el Centro Materno Infantil Buenos Aires de Villa, un establecimiento del primer nivel de atención que cuenta con la categoría I-4.

En el presente trabajo se relata parte de las experiencias vividas durante el internado médico en el Hospital de Emergencias Villa el Salvador y en el Centro de Salud Materno Infantil Buenos Aires de Villa, así como una reseña de 8 casos clínicos divididos en los servicios de Pediatría, Gineco-Obstetricia, Cirugía y Medicina Interna. Además, una breve explicación de lo aprendido en cada caso clínico.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Rotación de Pediatría

Caso Clínico 1:

Anamnesis:

Madre refiere que hijo 1 año y medio, de desde hace 7 días presenta tos seca y rinorrea. Hoy tos más intensa y llanto. Además, presenta deposiciones semilíquidas, sin sangre, sin moco. Niega fiebre.

Antecedentes: Vacunas incompletas, recibió nebulización hace 3 meses.

Examen físico:

Funciones vitales: FR: 24x', FC 124x', Sat 96% Fio 0.21% , Peso: 14 kg, talla 76 cms.

General: paciente despierto, ventila espontáneamente.

Piel: normotérmica, llenado capilar <2 seg, no cianosis, TCSC: abundante

Tórax y pulmones: Amplexación simétrica, MV audible en AHT, sibilantes I/E, tirajes SC/SE

Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos audibles

Abdomen: B/D, RHA presentes, no signos peritoneales, no masas

Neurológico: EG 15/15, no focalización relacionada con entorno

Otros: orofaringe leve eritema, no hipertrofia de amígdalas

Impresión diagnóstica:

Bronquiolitis

Plan de trabajo:

- NBZ con 5cc SH3% cada 15 minutos (3 veces)
- Aspiración de secreciones
- Solicitar radiografía tórax
- CFV + OSA

Seguimiento:

Paciente es reevaluado horas después, en la radiografía de tórax se aprecia un patrón intersticial, no consolidación, impresiona atelectasia paracardiaca derecha. Presenta desaturación por lo que se le administra oxígeno para mantener Sat > 92%.

Paciente pasa a hospitalización donde continuará recibiendo NBZ con CINA 0.9% 5 cc cada 3 horas y aspiración post nebulizaciones y apoyo oxigenatorio según necesidad.

Caso clínico 2:

Anamnesis:

Madre de paciente de 5 años, refiere que desde hace 2 días presentó fiebre cuantificada de 39,0°C el cual se mantuvo. Además, refiere que le dió paracetamol en dos oportunidades. Súbitamente hace 30 minutos presentó movimientos tonicoclónicos que duraron menos de 10 segundos. Niega antecedentes de importancia.

Examen físico:

Funciones vitales: PA: 120/80mm Hg FR: 20 FC: 110 T°: 38.8 SatO2:99%

Piel: T/H/E llenado capilar <2.no lesiones

Tórax y Pulmones: MV pasa bien por ACP, no ruidos agregados

Cardiovascular: RCRBI, no soplos

Abdomen: D/B no doloroso a la palpación, RHA (+)

Neurológico: LOTEPE, no signos meníngeos, no rigidez de nuca

Impresión diagnóstica:

Convulsión febril

Plan de trabajo:

- Observación
- Metamizol 1gr EV lento diluido
- Control de temperatura

Seguimiento:

Paciente no volvió a presentar otra convulsión mientras estuvo en observación.

1.2 Rotación de Medicina Interna

Caso Clínico 3:

Anamnesis:

Paciente varón de 44 años, acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 4 días presentando, taquicardia y dificultad respiratoria. Refiere que desde hace 1 semana dejó de tomar tratamiento para hipertiroidismo, presenta deposiciones líquidas, dolor abdominal, disnea, taquicardia y aumento de volumen de miembros inferiores. Antecedente patológico: hipertiroidismo mal controlado.

Examen físico:

Funciones vitales: PA 148/86 mmHg, FR 24, FC 150, Sat 99%, T 36°C

Paciente se encuentra en mal estado general.

Piel: llenado capilar >2 segundos, aumento de volumen en MMII.

Tórax y Pulmones: Amplexación disminuida, no tirajes, se auscultan crepitantes escasos bibasales.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos arrítmicos, aumentado en frecuencia.

SNC: EG 15/15

Impresión diagnóstica: Tormenta tiroidea, Cuenta con puntaje de Burch – Wartofsky 65 puntos.

Plan de trabajo:

Se solicitan exámenes de laboratorio: hemograma completo (*Hb 10, plaq 171.000*), perfil tiroideo (*TSH <0.01, T4L 4.35*), ecografía de tiroides (*presencia de bocio*).

- Dieta blanda + restricción de líquidos
- Vía salinizada
- Hidrocortisona 300 mg EV stat, luego 100 mg EV c/8h
- Propanolol 80 mg VO stat, luego 40 mg c/8 h
- Tiamazol 20 mg VO c/ 8 h

- CFV + OSA
- Reevaluación y Pase a UCE

Caso Clínico 4:

Anamnesis:

Paciente mujer de 30 años con un tiempo de enfermedad de 3 días, presenta disuria, polaquiuria, y tenesmo vesical. Refiere además sensación de alza térmica y malestar general. Se automedica con paracetamol 500mg, al no ceder molestias acude a emergencias del centro de salud. Niega infecciones urinarias previas. Antecedente quirúrgico: cesárea hace 2 años.

Examen físico:

Funciones vitales: PA 110/60 mm Hg, FR 18, FC 85, Sat 99%, T 37.0°C

La paciente se encuentra en regular estado general.

Tórax y Pulmones: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, no presencia de soplos.

Genitourinario: Puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales positivos.

Abdominal: RHA+, B/D, leve dolor a la palpación difusa.

SNC: Escala de Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica: ITU, Cistitis

Plan de trabajo:

- Examen de orina: 20 - 30 leucocitos x campo, hematíes 4-5 x campo, y gérmenes abundantes.
- Manejo ambulatorio → Cefuroxima 500 mg cada 12 horas por 7 días.
- Se explican signos de alarma
- Control por consultorio externo en 1 semana

1.3 Rotación de Cirugía

Caso clínico 5:

Anamnesis:

Se presenta a la emergencia una paciente mujer de 56 años, refiere un tiempo de enfermedad de 1 día, con un dolor abdominal en epigastrio, que posteriormente se vuelve difuso, motivo por el cual se automedica con Buscapina que ceden levemente los síntomas. Se asocia sensación de alza térmica, náuseas y vómitos. No refiere antecedentes de importancia.

Examen físico:

Funciones vitales: PA 110/70 mmHg, FR: 18x', FC: 86x', T°: 38°C, SatO₂:98%.

La paciente se encuentra en regular estado general.

Piel: llenado capilar <2 seg, no palidez, no ictericia

Tórax y Pulmones: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no presencia de soplos.

Abdomen: No distendido, RHA disminuidos, B/D, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha, signo rebote (+), resistencia muscular involuntaria (+) en cuadrante inferior derecho. Mc Burney (+). No masas.

SNC: EG 15/15

Impresión diagnóstica: Apendicitis aguda

Plan de trabajo:

Se le solicitan exámenes de laboratorio (hemograma completo, perfil hepático, glucosa, urea, creatinina, reactantes de fase aguda y ecografía abdominal. El paciente es puesto en NPO, recibe además hidratación parenteral.

Los resultados de los exámenes de laboratorio → Hb: 14.6 g/dl, Leucocitos: 11.340, Abastionados: 0%, Perfil hepático: FA: 297. La ecografía abdominal refiere signos sugerentes de proceso inflamatorio en FID. No se evidenciaron alteraciones significativas en el resto de los exámenes.

Con clínica sugestiva y estudios de imágenes compatible con apendicitis aguda se decide programarla para intervenirla quirúrgicamente.

Se le realizó una apendicectomía laparoscópica más drenaje Penrose por una apendicitis aguda perforada más peritonitis focal. En la operación se encontró un apéndice cecal plastronada por epiplón, asa delgada, perforada en 1/3 distal, base apendicular y ciego sin alteraciones, y una secreción seropurulenta de 50cc a nivel de FID. La paciente presentó buena evolución clínica por lo que es dada de alta al 3er día post operatorio, se le indica continuar con antibioticoterapia oral y control por consultorio externo en 1 semana.

Caso clínico 6:

Anamnesis:

Paciente varón de 54 años procedente de Cusco, acude a emergencias con un tiempo de enfermedad de 2 días, caracterizado dolor abdominal difuso de moderada intensidad con posterior dolor en hemiabdomen inferior, asociado a fiebre, náuseas y vómitos. No refiere antecedentes de importancia.

Examen físico:

Funciones vitales: PA: 120/80 mm Hg, FR: 20x', FC:77x', Sat 97%, T: 36.7°C.

El paciente se encontraba en aparente regular estado general, presentaba fascie dolorosa y posición antálgica.

Piel: llenado capilar <2 seg, no palidez, no ictericia

Tórax y Pulmones: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, no presencia de soplos.

Abdomen: levemente distendido, RHA+, poco depresible, doloroso a la palpación difusa, Blumberg +.

SNC: EG 15/15

Impresión diagnóstica: Abdomen agudo quirúrgico, D/C vólvulo de sigmoides

Plan de trabajo:

Se le solicita radiografía de tórax, exámenes prequirúrgicos, PCR, amilasa, lipasa, perfil hepático y ecografía abdominal. El paciente es puesto en NPO, además recibe hidratación parenteral.

Los resultados de los exámenes de laboratorio fueron: Hb 10.1, Plaquetas 820.000, leucocitos 12.400, segmentados 86%, linfocitos 11%, PCR: 17, BT: 1.77. En ecografía abdominal se evidencia liquido libre laminar interasas y marcado contenido aéreo en marco colónico.

Paciente es programado para cirugía de emergencia, se le realiza una laparoscopia convertida + colostomía tipo Hartmann por el diagnostico de vólvulo sigmoides. En los hallazgos operatorios se encontró vólvulo sigmoides de 360°, distendido, con mucosa edematosa y con cambios isquémicos, mesenteritis retráctil y síndrome adherencial a predominio de hemiabdomen superior derecho. Apéndice cecal sin cambios inflamatorios, Liquido libre de aspecto inflamatorio.

Seguimiento: Paciente recibe tratamiento antibiótico (Ceftriaxona + Metronidazol), metamizol e hidratación parenteral, además de cuidados de la colostomía. Evoluciona favorablemente y se va de alta en su día post operatorio 4.

1.4 Rotación de Gineco-Obstetricia

Caso Clínico 7

Anamnesis:

Paciente de 28 años, puérpera de 20 días refiere que hace 3 días presenta lesión eritematosa en mama derecha asociado a ardor y dolor a la palpación. Asociado a sensación de alza térmica, no refiere otros síntomas. Niega antecedentes de importancia.

Examen físico:

Funciones vitales: 110/70 FR: 18 FC: 84 T°: 38.7 SatO2:98%

Piel: T/H/E llenado capilar <2, lesión eritematosa en pezón y mama derecha.

Tórax y Pulmones: MV pasa bien ACP, no ruidos hidroaéreos.

Cardiovascular: RCRBI, no soplos.

Abdomen: RHA (+) B/D. No doloroso a la palpación superficial ni profunda.

Genitourinario: PPL izq y der (-), no flujos.

SNC: LOTEPE, EG: 15/15, no signos meníngeos, no rigidez de nuca.

Impresión diagnóstica: Mastitis aguda congestiva

Plan de trabajo:

- Hemograma completo
- No suspender Lactancia Materna
- Dicloxacilina 500mg c/6hrs x 7 días
- Se explican signos de alarma
- Control por consultorio externo en 1 semana

Seguimiento: Paciente cumplió con tratamiento y no presentó más molestias

Caso Clínico 8:

Anamnesis:

Paciente mujer de 17 años, acude por consultorio externo, refiere que hace años presenta una menstruación irregular, hace 3 meses no menstrua y su última menstruación duró 7 días. Además, refiere que ha notado aumento de vello facial y en los brazos en los últimos 2 meses. Niega antecedentes de importancia.

Examen físico:

Funciones vitales: PA:110/80 FR: 18 FC: 72 T°: 36.5 SatO2:99%

Paciente se encuentra en aparente regular estado general.

Piel: T/H/E llenado capilar <2, no lesiones, presencia de vello en cara anterior de ambos antebrazos y vello facial aumentado en las zonas mandibulares.

Tórax y Pulmones: MV pasa bien ACP, no ruidos agregados.

Cardiovascular: RCRBI, no soplos.

Abdomen: RHA (+), no distendido, B/D, no doloroso a la palpación.

SNC: LOTEPE, EG: 15/15, no signos meníngeos, no rigidez de nuca.

Impresión diagnóstica: Amenorrea secundaria, d/c Embarazo, Síndrome de ovario poliquístico.

Plan de trabajo:

- Dosar BHCG (negativo)
- Ecografía transvaginal
- Interconsulta nutrición

Tratamiento: Anticonceptivos orales combinados, disminuir factores de riesgo.

Reevaluación por consultorio externo en 1 mes.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Como se mencionó anteriormente realicé gran parte de mi internado en el Hospital de Emergencias Villa el Salvador, este hospital se inauguró el día 07 de abril del 2016, bajo el gobierno del presidente Ollanta Humala. Está ubicado en el distrito de Villa el Salvador, en el departamento de Lima. Fue construido en un área de más de 23 mil metros cuadrados con una inversión de 255 millones de soles. (1)

Brinda atención general especializada, de emergencias y quirúrgicas de mediana complejidad. Cuenta con la categoría de establecimiento nivel II-2, que pertenece al segundo nivel de atención, el hospital realiza actividades de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, control de riesgos y gestión. (1)

El hospital beneficia a una población estimada de más de 1 millón de ciudadanos que pertenecen a los distritos de Villa El Salvador, Lurín, Pachacamac, Punta Hermosa, Punta Negra, San Bartolo, Santa María del Mar y Pucusana. (2)

El interno de medicina ocupa un rol importante en el hospital, ya se encarga de evaluar a los pacientes diariamente antes del paso de visita con el médico especialista y residente. El interno además realiza las evoluciones diarias de los pacientes en hospitalización y elabora las historias clínicas de los ingresos de manera virtual. De igual forma, realiza procedimientos pequeños como curación de heridas, colocación de sonda vesical, suturas, toma de AGA (análisis de gases arteriales), colocación de yesos y férulas, siempre guiado y bajo la supervisión del médico de turno.

En el caso este hospital, el interno realiza poco trabajo administrativo; ya que las FUAS, referencias y contrarreferencias se llenan de manera virtual, al igual que las solicitudes de exámenes de laboratorio, recetas e imágenes. Por ello, el interno puede pasar más tiempo en contacto directo con los pacientes, ya sea apoyando en la emergencia, realizando los ingresos en hospitalización o en sala de operaciones asistiendo una cirugía.

La segunda mitad del internado lo realicé en el Centro Materno Infantil Buenos Aires de Villa, este establecimiento del primer nivel de atención que cuenta con

la categoría I-4. (3) Este establecimiento abrió sus puertas hace 48 años, un 5 de abril. Se encuentra ubicado en el distrito de Chorrillos. Entre sus principales servicios tenemos aquellos dedicados a la salud familiar y comunitaria, salud ambiental en la comunidad, atención con medicamentos y de parto inminente, nutrición integral, prevención del cáncer, pruebas rápidas y toma de muestras, así como rehabilitación basada en la comunidad.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación de Pediatría

Caso Clínico 1:

Es muy frecuente encontrar pacientes con bronquiolitis en la emergencia pediátrica. Esta patología se define como el primer episodio agudo de sibilancias en un niño menor de 2 años, presencia de disnea espiratoria y existencia de pródromos catarrales. Se caracteriza por presentar inflamación aguda, edema, aumento de secreciones y necrosis celular. Se forman tapones y como consecuencia hay obstrucción con zonas de atelectasia e hiperinsuflación. (4) El Virus Sincitial Respiratorio es el agente etiológico más frecuente, este virus causa el 70 a 80% de las bronquiolitis. El diagnóstico es clínico, tras un corto periodo de incubación, el cuadro arranca con síntomas de vías respiratorias altas como tos, estornudos, rinorrea, con o sin presencia de fiebre que no es muy elevada. En un lapso de 1 a 4 días, la tos se hace más persistente, aparece la irritabilidad, rechaza la alimentación, taquipnea, disnea espiratoria, auscultación con sibilancias y/o crepitantes y dificultad respiratoria. (5)

Para el manejo es importante determinar la gravedad, se usa el score ESBA (Escala de severidad de bronquiolitis aguda). Este score evalúa:

- Sibilantes
- Crépitos
- Relación inspiración/ espiración
- Presencia de esfuerzo respiratorio
- Frecuencia respiratoria
- Frecuencia cardíaca

Resultados: leve 0-4 puntos, moderado 5-9 puntos, severo ≥ 10 (6)

El tratamiento es brindar soporte primario: hidratación, nebulización con Cloruro de Sodio, aspiración y oxigenoterapia (de ser requerido). No se deben usar corticoides ni broncodiladores. (7)

El paciente en el caso clínico presentó un score de ESBA moderado, continuó recibiendo NBZ con CIna 0.9% 5 cc cada 3 horas y aspiración post nebulizaciones y apoyo oxigenatorio según necesidad. Paciente evolucionó de manera favorable, es dado de alta 1 semana después.

Caso Clínico 2:

Las convulsiones febriles son crisis que se presentan en niños menores de 5 años asociada de una temperatura $>38^{\circ}\text{C}$ en ausencia de una infección del sistema nervioso central, desequilibrio electrolítico, historia de convulsiones afebriles y enfermedad neurológica previa. Afecta al 2-5% de los niños, por lo que es el trastorno convulsivo más frecuente de la infancia. (8) Las convulsiones febriles son benignas, su diagnóstico es clínico y se catalogan en simples y complejas. Las crisis simples (72% de casos) se caracterizan por ser convulsiones generalizadas tónico-clónicas, duran menos de 15 minutos, se presentan 1 vez en 24 horas y no presentan secuelas post ictales. A diferencia de las crisis complejas (27% de casos) que se caracterizan por ser convulsiones focales, duran más de 15 minutos, pueden ser recurrentes en 24 horas y presentan secuelas post ictales. (9)

En pacientes con historia típica de convulsión febril simple sin un examen físico neurológico alterado, las pruebas diagnósticas no son necesarias, la evaluación debe centrarse en buscar el foco de la fiebre.

La mayoría de las convulsiones febriles han cedido de forma espontánea al llegar a la emergencia, en el caso de presenciar la convulsión, el manejo incluye manejo del ABC, colocar al paciente en posición de seguridad (decúbito lateral), Si la convulsión no ha finalizado y su duración es mayor de 5 minutos, se recomienda iniciar tratamiento intravenoso con Diazepam (0,3 mg/kg en un rango de 2 mg/min; máx. dosis 5 mg en <5 años; 10 mg en ≥ 5 años) o Lorazepam (0,05–0,1 mg/kg en 1–2 min; máx. dosis 4 mg). (10)

El paciente cumple las características de una convulsión febril simple, tiene 5 años, presentó una convulsión tónico-clónica generalizada de 10 segundos debido a tener fiebre 38.8°C . Al examen físico no presenta alteración neurológica post ictal, se le administra Metamizol EV, paciente no volvió a presentar otra convulsión mientras estuvo en observación. No requiere exámenes complementarios.

3.2 Rotación de Medicina Interna

Caso Clínico 3:

Este caso clínico es importante ya que la tormenta tiroidea es la máxima expresión de la tirotoxicosis, que se define como el exceso de hormonas tiroideas circulantes. Aunque tenga poca incidencia, es altamente mortal. (11) El diagnóstico se basa en la clínica del paciente, y debe sospecharse cuando presente fiebre, alteraciones del sensorio y gastrointestinal en pacientes con hipertiroidismo. La escala de Burch y Watorfsky es un material útil para inspeccionar los signos y síntomas de la tirotoxicosis. (Anexo 1). El tratamiento va dirigido a interrumpir la síntesis y liberación de hormonas tiroideas, los fármacos antitiroideos más usados son el propiltiuracilo y metimazol. También se emplean los bloqueadores de los receptores adrenérgicos beta, estos disminuyen los efectos sistémicos de las hormonas tiroideas, el más utilizado es el propanolol. (12) El personal que labora en las emergencias debe conocer esta enfermedad para dar un diagnóstico apropiado y tratamiento preciso con el objetivo de disminuir la mortalidad (13). El paciente del presente caso clínico evolucionó de manera favorable, fue dado de alta 1 semana después con una referencia a un hospital de mayor complejidad para continuar tratamiento ambulatorio.

Caso Clínico 4:

Las infecciones del tracto urinario son una de las infecciones más frecuentes del mundo. Puede afectar a ambos sexos, sin embargo, aqueja más a las mujeres, hasta un 50% de ellas, presentará algún episodio a lo largo de su vida. (14) Se puede dividir según la localización y sintomatología:

- Cistitis (ITU baja): Cuadro clínico se caracteriza por disuria, polaquiuria, menos frecuente dolor suprapúbico, ocurre en mujeres sanas, premenopáusicas y no embarazadas. Puede coexistir o confundirse con infecciones de transmisión sexual.
- Pielonefritis (ITU alta): Asociado a síntomas sistémicos, fiebre, náuseas, escalofríos, dolor en flanco o región lumbar + síntomas de cistitis. (15)

La bacteria encontrada con mayor frecuencia en los episodios de ITU es la *Escherichia coli* (80-90%). El resto de las infecciones son producidas por otras enterobacterias, como *Proteus mirabilis* y *Klebsiella* spp. (16)

Si el cuadro clínico es sugestivo de una infección urinaria y el resultado del examen de orina arroja presencia de leucocitos, junto con la posible presencia de nitritos, se debe iniciar tratamiento antibiótico empírico. Los antibióticos de primera línea que se pueden emplear son la fosfomicina, nitrofurantoína, cefuroxima. (17)

En el caso de la paciente al ser su primer episodio de infección urinaria y presentar síntomas de cistitis y contar con un examen de orina patológico, se le dio tratamiento con un antibiótico de primera línea, en este caso Cefuroxima 500 mg cada 12 horas por 7 días.

3.3 Rotación de Cirugía

Caso Clínico 5:

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice vermiforme y representa la causa más común de abdomen agudo quirúrgico en el mundo. (18)

La apendicitis aguda se divide en fases:

1. Congestiva o catarral: Hay disminución del flujo linfático y venoso, duración 4-6 horas, paciente presenta hiporexia, dolor abdominal no localizado, náuseas y vómitos.
2. Supurada o flemonosa: El apéndice inflamado estimula al peritoneo parietal y lo irrita, duración 6 horas. Dolor localizado (Mc Burney+, Morris +).
3. Necrosada o gangrenada: Pasada las 12 horas se bloquea la irrigación, hay disminución del flujo arterial, inicia la isquemia, presencia de fiebre y leucocitosis.
4. Perforada: Aparece luego de varias horas de necrosis, pasadas las 24 horas. Presencia de signos de peritonismo. (19)

La apendicitis aguda se diagnostica clínicamente, el examen físico es muy importante ya que describe clásicamente la cronología de Murphy (hiporexia, dolor inespecífico, náuseas, fiebre). Además, se debe buscar los puntos dolorosos en el examen físico: Mc Burney, Morris, Lanz. Se utiliza la Escala de Alvarado, se va a dividir en síntomas, signos y exámenes de laboratorio. (20).

- Síntomas: migración del dolor, anorexia, náuseas/vómitos
- Signos: dolor en cuadrante inferior derecho, rebote (+), fiebre
- Laboratorio: leucocitosis, desviación a la izquierda de neutrófilos

Si se suman los puntajes y se obtiene un puntaje ≤ 4 puntos la probabilidad apendicitis es baja, 5-6 puntos consistentes con cuadro de apendicitis, pero NO diagnóstica, >7 alta probabilidad de apendicitis, 9-10 puntos casi con certeza que es apendicitis. (Anexo 2)

En este caso clínico presenta un puntaje >7 puntos en la Escala de Alvarado, por lo que la conducta fue quirúrgica, ya que era muy sugestivo que tenga apendicitis

aguda. La paciente presentó apendicitis aguda perforada, por lo que recibe tratamiento antibiótico y es dada de alta por evolucionar de manera favorable.

Caso Clínico 6:

Un vólvulo colónico se define como la torsión o rotación de uno de los segmentos del colon sobre su pedículo vascular en más de 180°, generando un asa ciega con obstrucción secundaria de su luz y disminución del flujo vascular. El vólvulo de colon sigmoides es el más frecuente, representa 2/3 de los casos. (21)

Se suele presentar como una obstrucción intestinal baja, se caracteriza por: dolor tipo cólico (muy doloroso), distensión abdominal generalizada, vómitos fecaloides tardíos, timbre metálico a la auscultación. En la radiografía simple de abdomen se evidencia el “signo del grano de café”.(22)

El tratamiento va a depender del grado de estrangulamiento, isquemia o necrosis. Se clasifican en dos grupos.

- Estable sin estrangulamiento: El paciente se encuentra hemodinámicamente estable (sin fiebre, sin leucocitosis). Suceden en <12 horas (relativo), se debe intentar devolvulación endoscópica baja (colonoscopia).
- Inestable con estrangulamiento: El paciente presenta fiebre y leucocitosis (signos de necrosis), suceden en vólvulos que tienen >24 horas, se procede a realizar una devolvulación quirúrgica + resección intestinal. Si el intestino se encuentra viable se realiza anastomosis, caso contrario una colostomía tipo Hartman. (23)

Este caso clínico es importante ya que es una patología frecuente en las emergencias. A causa de que los habitantes que viven en zonas altoandinas >3000 msnm, tienen a desarrollar vólvulo sigmoides por presencia de megacolon debido a una dieta rica en carbohidratos como principal factor predisponente.

3.4 Rotación de Gineco-Obstetricia

Caso Clínico 7:

La mastitis puerperal es un problema de salud importante en el posparto, ya que es una causa evitable de abandono de la lactancia materna. Se define como una inflamación del tejido mamario, afecta al 33% de las mujeres lactantes. (24) Los factores de riesgo más importantes para desarrollar mastitis con la retención de leche y el crecimiento bacteriano. Los síntomas son dolor mamario, acompañado de signos de inflamación (calor, rubor, eritema), asociado a un cuadro sistémico temperatura >38.5, decaimiento, dolor articular síntomas que evocan a un cuadro gripal. (25) El diagnóstico es clínico, solo está recomendado el cultivo de leche, en caso la paciente presente mala evolución clínica tras 2 días de correcta antibioticoterapia. El drenaje del pecho es fundamental en el tratamiento, por lo que debe mantenerse la lactancia. El tratamiento empírico debe cubrir los patógenos más frecuentes (Staphylococo aureus, Staphylococo epidermidis), se puede administrar amoxi-clavulanico, dicloxacilina, cefalexina o clindamicina. (26)

En el caso de la paciente recibió antibioticoterapia presentando mejoría clínica, además de brindarle información sobre la correcta técnica de lactancia materna para evitar futuros cuadros de mastitis.

Caso Clínico 8:

La amenorrea se define como la ausencia de menstruación. Esta se puede dividir en primaria y secundaria. Cuando una paciente nunca ha menstruado se le denomina amenorrea primaria, mientras que la amenorrea secundaria es cuando la mujer ya ha tenido ciclos menstruales, pero por alguna causa ha dejado de reglar. (27)

Algunas causas de amenorrea primaria son:

- Canal: Síndrome de Rokitansky Kuster Hauser (ausencia total de útero), Himen imperforado.
- Ovarios: Síndrome de Turner (45 X0).
- Hipófisis: exceso de prolactina, prolactinoma.
- SNC: Síndrome de Kallman.

Por otro lado, algunas causas de amenorrea secundaria son:

- Canal: Síndrome de Asherman → causado más frecuentemente por infecciones (EPI o tuberculosis), en otros países por legrados uterinos.
- Ovarios: Síndrome de ovario poliquístico, Falla ovárica precoz.
- Hipófisis: mismas causas que amenorrea primaria.
- SNC: Anorexia nerviosa, estados de estrés agudo o crónico. (28)

La principal causa de amenorrea primaria es las pacientes es el síndrome de Turner, mientras el embarazo es la principal causa de amenorrea secundaria.

En este caso la paciente presenta amenorrea secundaria. El embarazo es la causa más frecuente por lo que siempre se le debe dosar un BHCG.

Otra de las causas más comunes es el síndrome del ovario poliquístico (SOP). Este síndrome se caracteriza por periodos menstruales irregulares o ausentes, frecuentemente acompañado de obesidad o síntomas y signos causados por una concentración incrementada de hormonas masculinas (andrógenos) como por ejemplo acné y exceso de vello corporal, además se puede encontrar morfología de ovario poliquístico en la ecografía transvaginal. (29)

Para el diagnóstico de SOP, se puede utilizar los criterios de Rotterdam, se requieren 2 de 3 criterios:

- Oligo y/o anovulación
- Signos clínicos y/o bioquímicos de hiperandrogenismo
- Ovario poliquístico por ecografía (30)

El tratamiento va a depender del deseo genésico de la paciente. Si no desea salir embarazada se trata los síntomas con ACOS para regular el sangrado menstrual e hirsutismo. En caso la paciente desee ser madre, primero debe cambiar los estilos de vida (ejercicios y dieta), además el uso de citrato de clomifeno como inductor de la ovulación. (31)

En el caso de la paciente, no tenía deseo genésico por lo que se le dio tratamiento con ACOS, además de reducir los factores de riesgo por ello se le deja una interconsulta con nutrición. Podría haber sido bueno además una interconsulta con endocrinología para descartar posible diabetes mellitus 2. Se cita a paciente en 1 mes para evaluar evolución médica.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El estudiante de medicina se debe sentir orgulloso de llegar a la etapa del internado médico, ya que está a un paso de cumplir el sueño de ser médico. Detrás de ese logro hay muchos años de estudio, sacrificio y dedicación.

El internado médico comenzó el 01 de junio del 2022 y culminó el 31 de marzo del 2023. Cada rotación tuvo una duración de 2 meses. La primera rotación del internado fue pediatría, el servicio más alegre y acogedor de todo el hospital. Los niños tienen una energía especial, ellos tienen el poder de sobreponerse rápidamente ante cualquier enfermedad. En pediatría uno desarrolla la empatía ya que además de atender al paciente, uno tiene que brindar la tranquilidad a los padres que se encuentran preocupados por su hijo.

La segunda rotación fue medicina interna, sin duda la rotación más agotadora. Los pases de visita con el médico especialista y médico general eran todo un albur, ya que no se sabe que pueden preguntar, siempre sorprenden con alguna pregunta compleja. El interno se siente como un detective indagando sobre las posibles patologías de los pacientes. Con más de 12 horas de convivencia diarios, se desarrolla un lazo de cariño y amistad.

La tercera rotación fue en el servicio de cirugía, allí el médico cirujano tiene que decidir en minutos el destino del paciente, operar de emergencia o mantenerlo en observación. El interno afina la habilidad de diferenciar una urgencia de una emergencia, se vuelve hábil realizando suturas en condiciones complejas. Además, tiene la fortuna de asistir a varias cirugías a lo largo de la rotación.

Para cerrar con broche de oro, la última rotación fue gineco-obstetricia. Una rotación en la que el interno es testigo del milagro de la vida, la llegada de un nuevo ser al mundo. El interno aprende las principales patologías obstétricas, además cumple un papel valioso en la activación de diferentes claves: roja, azul, amarilla. No menos importante, bajo la supervisión del médico o residente en interno podrá atender partos.

CONCLUSIONES

El internado médico es la etapa final de formación de todo estudiante de medicina. Etapa en la cual el estudiante pone a prueba bajo supervisión del médico asistente o residente todos los conocimientos teóricos y prácticos aprendidos en los años previos.

El estudiante de medicina enfrenta quizás el año más complejo de toda la carrera, ya que debe asistir todos los días al hospital, cumplir un horario fijo, realizar guardias nocturnas, además de estudiar para el Examen Nacional de Medicina (ENAM).

El internado médico se divide en dos partes. Los primeros ocho meses, se realizan en un hospital, mientras que los últimos 2 meses en un establecimiento de primer nivel de atención. Hay diferencias entre ambas categorías: infraestructura, hospitalización, unidad de cuidados intensivos, servicios de laboratorio e imágenes.

En el hospital, el interno se encuentra con patologías complejas, pacientes con diferentes enfermedades que permanecen hospitalizados días o semanas, atenderá emergencias, además participará de diversas cirugías. Mientras que, en el establecimiento de primer nivel de atención, que cuenta con una capacidad resolutive menor, el interno atenderá las patologías más frecuentes y urgencias médicas. Esta etapa es importante ya que el interno refuerza los conocimientos generales que todo médico general deberá saber en el SERUMS, ya que allí deberá tomar decisiones sin la venia o aprobación de otro médico.

Al transcurrir los meses, el interno fortalece su carácter. Se vuelve más empático, perseverante y proactivo ya que se siente útil en el entorno hospitalario, siempre queriendo lo mejor para los pacientes. El interno pasa más tiempo en el hospital que en su propia casa, motivo por el cual este, se convierte en un segundo hogar y los miembros del hospital: co-internos, doctores, enfermeros, técnicos, personal de limpieza y vigilancia se convierten en familia.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a los futuros internos, tener responsabilidad y empatía con los pacientes. Aplicar los principios de la bioética: justicia, benevolencia, no maleficencia y autonomía.

Además, para consolidar las habilidades y destrezas necesarias el interno debe ser proactivo, tener iniciativa para realizar procedimientos, proponer ideas que contribuyan con plan de trabajo de los pacientes.

Sería importante que los hospitales o universidades brinden EPPs para los internos, ya que, al estar atendiendo en primera línea, se encuentran expuestos a múltiples enfermedades.

Por último, se les recomienda a los tutores de la universidad en los diferentes hospitales y centros de salud, realizar seguimiento constante a los internos; no solo en la parte académica sino en la salud mental y física ya que en este periodo son muy importantes, varios estudiantes podrían estar librando batallas personales que llegan a afectar su rendimiento a lo largo del internado médico. En cuanto a las actividades académicas con los tutores, se podrían realizar discusiones de los casos clínicos más relevantes de cada rotación, haciendo hincapié en el plan de trabajo y tratamiento.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Información institucional [Internet]. www.gob.pe. [cited 2023 Apr 13]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/heves/institucional>
2. Hospital De Emergencias Villa El Salvador en Villa El Salvador | MINSA [Internet]. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. [cited 2023 Apr 13]. Available from: <https://www.establecimientosdesalud.info/lima-sur/hospital-de-emergencias-villa-el-salvador-villa-el-salvador/>
3. RIS CHORRILLO - BARRANCO - SURCO [Internet]. DIRIS LIMA SUR. Available from: <https://www.dirislimasur.gob.pe/ris-cho-barr-surc/>
4. Guía técnica: “Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis en niños menores de dos años”, aprobada por Resolución Ministerial N° 556-2019/MINSA. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/280741-556-2019-minsa>
5. García García ML, Korta Murua J, Callejón Callejón A. Bronquiolitis aguda viral. *Protoc diagn ter pediatr.* 2017;1:85-102.
6. Ramos Fernández JM, Cordon Martínez A, Galindo Zavala R, Urda Cardona A. Validación de una escala clínica de severidad de la bronquiolitis aguda. *Anales de Pediatría.* 2014 Jul;81(1):3–8.
7. American Academy of Pediatrics. Clinical Practical guideline: the diagnosis, management and prevention of bronchiolitis. *Pediatrics.* 2014;134: e1474-e1502.
8. Management SC on QI and, Seizures S on F. Convulsiones febriles: guía de práctica clínica del tratamiento a largo plazo del niño con convulsiones febriles simples. *Pediatrics* [Internet]. 2008 Jun 1;65(6):331–6. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-pediatrics-10-articulo-convulsiones-febriles-guia-practica-clinica-13125158>

9. Moreno de Flagge Noris. Crisis febriles simples y complejas, epilepsia generalizada con crisis febriles plus, FIRES y nuevos síndromes. Medicina (B. Aires) [Internet]. 2013 Sep [citado 2023 Abr 13] ; 73(Suppl 1): 63-70. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802013000500010&lng=es.
10. Padilla Esteban M, García Rebollar C, Foullerat Cañada S. Convulsión febril [Internet]. Available from: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix09/03/n9-600-608_MarisaPadilla.pdf
11. Devereaux D, Tewelde SZ. Hyperthyroidism and Thyrotoxicosis. Emergency Medicine Clinics of North America. 2014 May;32(2):277–92.
12. Mercado Cruz E, Fernando C, Cubría G, Arellano Tejeda A, Rodríguez Huerta A, Gregor M, et al. Tormenta tiroidea, una emergencia endocrina Presentación de un caso y revisión de la literatura [Internet]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/un174d.pdf>
13. Papi G, Corsello SM, Pontecorvi A. Clinical concepts on thyroid emergencies. Frontiers in endocrinology. 2014;5:102.
14. Walsh C, Collyns T. The pathophysiology of urinary tract infections. Surgery (Oxford). 2017;35(6):293-8.
15. Johnson JR, Russo TA. Acute Pyelonephritis in Adults. The New England journal of medicine. 2018;378(12):1162.
16. Andrés Wurgaft K. Infecciones del tracto urinario. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2010 [citado el 13 de abril de 2023];21(4):629–33. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-infecciones-del-tracto-urinario-S0716864010705794>

17. Rodríguez AM, Pol EN. Infecciones del tracto urinario. Abordaje clínico y terapéutico [Internet]. Agamfec.com. [citado el 13 de abril de 2023]. Disponible en: https://revista.agamfec.com/wp-content/uploads/2019/12/Agamfec-25_2-FINAL-12-16parasabermais1.pdf

18. Hernández-Cortez Jorge, León-Rendón Jorge Luis De, Martínez-Luna Martha Silvia, Guzmán-Ortiz Jesús David, Palomeque-López Antonio, Cruz-López Néstor et al . Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cir. gen [revista en la Internet]. 2019 Mar [citado 2023 Abr 12] ; 41(1): 33-38. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033. Epub 02-Oct-2020.

19. Garro Urbina V, Rojas Vázquez S, Thuel Gutiérrez M. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencias. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de diciembre de 2019 [citado 13 de abril de 2023];4(12):e316. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/316>

20. de Quesada Suárez Leopoldo, Ival Pelayo Milagros, González Meriño Caridad Lourdes. La escala de Alvarado como recurso clínico para el diagnóstico de la apendicitis aguda. Rev Cubana Cir [Internet]. 2015 Jun [citado 2023 Abr 13] ; 54(2): 121-128. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932015000200004&lng=es.

21. Borda Mederos Luis A, Kcam Mayorca Eduardo Junior, Alarcon Aguilar Percy, Miranda Rosales Luis Miguel. Megacolon andino y vólvulo del sigmoides de la altura: Presentación de 418 casos entre 2008 - 2012 en el hospital C. Monge - Puno, Perú. Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2017 Oct [citado 2023 Abr 12] ; 37(4): 317-322. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292017000400004&lng=es.

22. García Casilimas GA, Zapata Acevedo CM. Vólvulo del sigmoide [Trabajo de grado, Especialista en Cirugía General]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011 [citado 12 de abril de 2023]. Recuperado a partir de: <http://bdigital.unal.edu.co/7157/>

23. Mulas C., Bruna M., García-Armengol J., Roig J. V.. Manejo del vólvulo de colon: Experiencia en 75 pacientes. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2010 Abr [citado 2023 Abr 13] ; 102(4): 239-248. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082010000400004&lng=es

24. Osejo Rodríguez M del S, Maya Cancino A, Brenes Meseguer N. Actualización de la clasificación y manejo de mastitis. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de junio de 2020 [citado 13 de abril de 2023];5(6):e510. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/510>

25. Update M, Marta Costa-Romero D, Espínola-Docio DB, Díaz-Gómez DNM, Paricio-Talayero JM. Mastitis. Puesta al día [Internet]. Aeped.es. [citado el 13 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/mastitis_puesta_al_dia.pdf

26. Cusack L, Brennan M. Lactational mastitis and breast abscess - diagnosis and management in general practice. Aust Fam Physician [Internet]. 2011 [citado el 13 de abril de 2023];40(12):976–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22146325/>

27. Protocolo SEGO. Amenorrea primaria y secundaria. Sangrado infrecuente (actualizado febrero 2013). Prog Obstet Ginecol (Internet) [Internet]. 2013 [citado el 13 de abril de 2023];56(7):387–92. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-protocolo-sego-amenorrea-primaria-secundaria--S0304501313000988>

28. Pérez Agudelo LE. Anovulación y amenorrea secundaria: enfoque fácil y práctico. Rev. Med. [Internet]. 4 de junio de 2021 [citado 4 de junio de

2021];28(2):85-102. Disponible en: [https://
revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rmed/article/view/4853](https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rmed/article/view/4853)

29. Teresa Sir P, Jessica Preisler R, Amiram Magendzo N. Síndrome de ovario poliquístico. diagnóstico y manejo. Revista Médica Clínica Las Condes. 2013 Sep;24(5):818–26.

30. Stephen Franks, Diagnosis of Polycystic Ovarian Syndrome: In Defense of the Rotterdam Criteria, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Volume 91, Issue 3, 1 March 2006, Pages 786–789, <https://doi.org/10.1210/jc.2005-2501>

31. Orias Vásquez M. Actualización del síndrome de ovario poliquístico. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de febrero de 2021 [citado 13 de abril de 2023];6(2):e648. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/648>

ANEXO 1. ESCALA DE BURCH Y WARTOFSKY

Tabla 2. Escala de Burch y Wartofsky para el diagnóstico de tormenta tiroidea	
Parámetro	Puntuación
Disfunción termoregulatoria	
<i>Temperatura (°C)</i>	
37.2-37.7	5
37.8-38.2	10
38.3-38.8	15
38.9-39.2	20
39.3-39.9	25
≥ 40	30
Disfunción cardiovascular	
<i>Taquicardia (latidos por minuto)</i>	
90-109	5
110-119	10
120-129	15
130-139	20
≥ 140	25
<i>Fibrilación auricular</i>	
Ausente	0
Presente	10
<i>Insuficiencia cardíaca congestiva</i>	
Ausente	0
Leve	5
Moderada	10
Severa	15
Disfunción gastrointestinal-hepática	
Ausente	0
Moderada (diarrea, dolor abdominal, náuseas, vómito)	10
Severa (ictericia)	20
Alteraciones del sistema nervioso central	
Ausente	0
Leve (agitación)	10
Moderada (delirio, psicosis, letargia)	20
Severa (crisis convulsivas, coma)	30
Evento precipitante	
Ausente	0
Presente	10
Puntaje total	
≥ 45	Tormenta tiroidea Tormenta tiroidea inminente Tormenta tiroidea poco probable
25-44	
≤ 25	

Tomado y traducido de: Burch H, Wartofsky L. Life-threatening thyrotoxicosis. Thyroid storm. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 1993;22(2):263-77.

ANEXO 2: ESCALA DE ALVARADO

Alvarado score	
Feature	Score
Migration of pain	1
Anorexia	1
Nausea	1
Tenderness in right lower quadrant	2
Rebound pain	1
Elevated temperature	1
Leucocytosis	2
Shift of white blood cell count to the left	1
Total	10