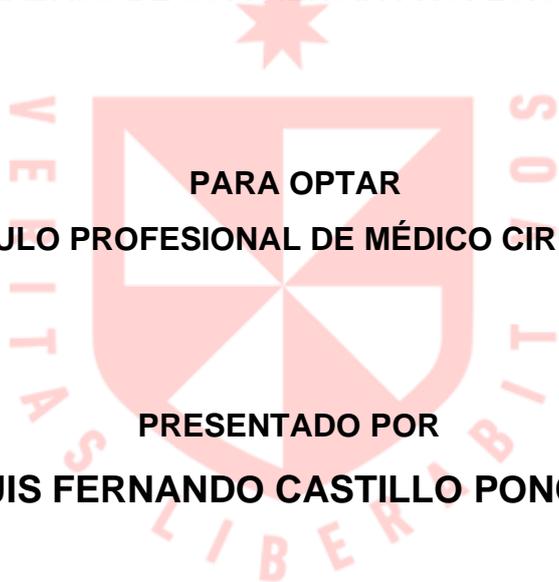


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO EN UN HOSPITAL
II – 2 Y CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL I – 4 DE LIMA
DIRIS SUR EN LOS AÑOS 2022 – 2023

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL



PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR
LUIS FERNANDO CASTILLO PONCE

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/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

Facultad de
Medicina
Humana

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO EN UN HOSPITAL
II – 2 Y CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL I – 4 DE
LIMA DIRIS SUR EN LOS AÑOS 2022 – 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

LUIS FERNANDO CASTILLO PONCE

ASESORA:

DRA. PAMELA HAYDEE JUMP SALCEDO

LIMA PERÚ

2023

JURADO

Dr. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE

Dr. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres, quienes son parte de este logro y a quienes les estaré agradecido toda la vida. Ustedes son mis héroes.

A mis hermanos, por las fuerzas que me dieron en los momentos más difíciles.

A mis maestros, por sus conocimientos y dedicación.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a toda persona que aportó en mi formación con conocimiento, consejos y fuerzas que me ayudaron a llegar hasta aquí. Médicos asistentes, residentes, profesores, enfermeros y técnicos.

Al HEVES, por brindarme la oportunidad de realizar mi internado en sus instalaciones, el cual considero mi hogar. Gracias por el reconocimiento como “Mejor interno del Año”, pues esto me recordó que el buen trabajo siempre es valorado.

Al C.S. Buenos Aires de Villa, por permitirme desarrollar ese tacto con los pacientes y demostrar mis capacidades de liderazgo.

Agradezco a mi enamorada Alejandra, por caminar conmigo en esta etapa tan maravillosa, y estar siempre presente con su constante apoyo.

Y sobre todo, agradezco a mis amigos del colegio y de la carrera, gracias por el apoyo incondicional, por celebrar mis logros y ser parte de mi vida.

ÍNDICE

JURADO	2
DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTOS	3
ÍNDICE	4
REPORTE DE SIMILITUD.....	7
RESUMEN.....	8
ABSTRACT	10
INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	14
Rotación de Pediatría	14
Caso Clínico N°1: Convulsión febril simple.....	14
Caso Clínico N°2: Pielonefritis aguda	17
Rotación de Medicina Interna.....	19
Caso Clínico N°3: Pancreatitis	19
Caso Clínico N°4: Tuberculosis Pulmonar	22
Rotación de Cirugía General.....	26
Caso Clínico N°5: Plastrón Apendicular	26
Caso Clínico N°6: Colecistitis aguda.....	28
Rotación de Ginecología y Obstetricia.....	31
Caso Clínico N°7: Preeclampsia sin signos de severidad.....	31
Caso Clínico N°8: Ruptura Prematura de Membranas	33
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA.....	37
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	39
Rotación de Pediatría	39
Caso Clínico N°1: Convulsión Febril Simple.....	39
Caso Clínico N°2: Pielonefritis	41
Rotación de Medicina Interna.....	43
Caso Clínico N°3: Pancreatitis Aguda	43
Caso Clínico N°4: Tuberculosis Pulmonar	45
Rotación de Cirugía General.....	47
Caso Clínico N°5: Plastrón Apendicular	47
Caso Clínico N°6: Colecistitis Aguda	48
Rotación de Ginecología y Obstetricia.....	49
Caso Clínico N°7: Preeclampsia sin signos de severidad.....	49

Caso Clínico N°8: Ruptura Prematura de Membranas	51
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	53
CONCLUSIONES.....	55
RECOMENDACIONES	57
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	59

REPORTE DE SIMILITUD

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO EN UN HOSPITAL II - 2 Y CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL I - 4 DE

AUTOR

LUIS FERNANDO CASTILLO PONCE

RECuento DE PALABRAS

14057 Words

RECuento DE CARACTERES

77632 Characters

RECuento DE PÁGINAS

61 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

126.2KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 29, 2023 9:34 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 29, 2023 9:36 AM GMT-5

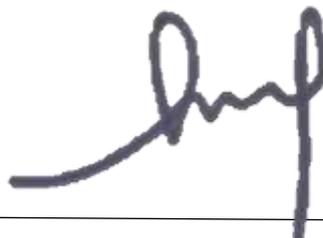
● 13% de similitud general

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

- 12% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% 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>

RESUMEN

Introducción: El internado médico es una etapa vital para los estudiantes de medicina que cursan el último año. Durante esta etapa, los internos aplican y consolidan conocimientos previos, además de adquirir nuevas habilidades en un escenario real. El internado médico, se encuentra estructurado en cuatro especialidades; Pediatría, Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología Obstetricia, las cuales tienen como finalidad dar un enfoque general para el manejo de patologías que aquejan a la población. Asimismo, permite que los futuros médicos tengan contacto con lo que sería su futura vida profesional.

Objetivo: Describir los aprendizajes y experiencias obtenidos en el internado médico mediante la exposición de casos y el análisis clínicos junto con el plan de acción.

Metodología: Se presentaron 8 casos clínicos recolectados mediante la revisión de historias clínicas durante el internado médico en el Hospital de Emergencias de Villa El Salvador y el Centro de Salud Materno Infantil Buenos Aires de Villa. La distribución de los casos será 2 casos clínicos de cada rotación realizada: Pediatría, Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia.

Resultados: Caso 1: Paciente varón de 5 años, con vacunación completa y sin antecedentes de importancia. Presentó fiebre, otalgia y episodio convulsivo. Impresión diagnóstica convulsión febril simple y otitis media aguda. Caso 2: Paciente de sexo femenino de 13 años, con antecedente de episodios de ITU y padre con infección por VHC. Presentó fiebre (38°C), dolor abdominal, disuria, hiporexia, cefalea y vómitos. Impresión diagnóstica Pielonefritis aguda. Caso 3: Paciente varón de 87 años, quechua hablante, con antecedentes de HTA y Enfermedad de Alzheimer. Presentó dolor abdominal tipo cólico de 4 horas de evolución asociado a náuseas y vómitos. Impresión diagnóstica Pancreatitis. Caso 4: Paciente varón de 80 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 y tuberculosis pulmonar con tratamiento incompleto. Presentó hemoptisis, sudoración nocturna y pérdida de peso. Impresión diagnóstica Tuberculosis Pulmonar. Caso 5: Paciente varón de 23 años sin antecedentes de importancia. Presentó dolor en zona

periumbilical tipo cólico de 6/10 de intensidad de 05 días de evolución que migra a fosa ilíaca derecha, asociado a vómito y sensación de alza térmica. Impresión diagnóstica Plastrón Apendicular. Caso 6: Paciente femenina de 22 años sin antecedentes de importancia. Presentó dolor abdominal tipo cólico de 8/10 EVA en cuadrante superior derecho de 12 horas de evolución asociado a sensación de alza térmica y náuseas. Impresión diagnóstica Colecistitis aguda. Caso 7: Paciente de 30 años secundigesta de 38 semanas y 3 días de edad gestacional por ECO IT con antecedente de apendicectomía (2015) y fórmula obstétrica G2 P1001. Presentó presión arterial de 150/100 mmHg. Impresión diagnóstica Preeclampsia sin signos de severidad. Caso 8: Paciente de 27 años secundigesta de 36 semanas y 1 día de edad gestacional por ECO IT con antecedente de 1 aborto espontáneo. Presentó pérdida de líquido claro vía vaginal de 07 horas de evolución. Impresión diagnóstica Ruptura Prematura de Membranas.

Conclusiones: El internado médico es el año más importante de la carrera de medicina donde uno pone en práctica todos los conocimientos teóricos, adquiere habilidades prácticas y consolida su formación como médico cirujano.

ABSTRACT

Introduction: The medical internship is a vital stage for medical students in their last year. During this stage, interns apply and consolidate previous knowledge, as well as acquire new skills in a real setting. The medical internship is structured into four specialties; Pediatrics, Internal Medicine, General Surgery and Obstetric Gynecology, whose purpose is to provide a general approach to the management of pathologies that afflict the population. Likewise, it allows future doctors to have contact with their future professional life.

Objective: To describe the learning and experiences obtained medical internship was carried out through the presentation of clinical cases and clinical analysis together with the action plan.

Methodology: 8 clinical cases collected by reviewing medical records during the medical internship at the "Hospital de Emergencias de Villa El Salvador" and the "Centro de Salud Materno Infantil Buenos Aires de Villa" were presented. The distribution of cases will be 2 clinical cases of each rotation carried out: Pediatrics, Internal Medicine, General Surgery and Gynecology and Obstetrics.

Results: Case 1: 5-year-old male patient, fully vaccinated and with no relevant history. He presented fever, otalgia and a convulsive episode. Diagnostic impression: simple febrile seizure and acute otitis media. Case 2: A 13-year-old female patient with a history of UTI episodes and a father with HCV infection. He presented fever (38°C), abdominal pain, dysuria, hyporexia, headache, and vomiting. Diagnostic impression Acute pyelonephritis. Case 3: 87-year-old male patient, Quechua-speaking, with a history of AHT and Alzheimer's disease. She presented colicky abdominal pain of 4 hours duration associated with nausea and vomiting. Diagnostic impression Pancreatitis. Case 4: An 80-year-old male patient with a history of type 2 diabetes mellitus and pulmonary tuberculosis with incomplete treatment. He presented with hemoptysis, night sweats, and weight loss. Diagnostic impression Pulmonary Tuberculosis. Case 5: 23-year-old male patient with no significant history. He presented colicky pain in the periumbilical area of 6/10 intensity of 05 days of

evolution that migrated to the right iliac fossa, associated with vomiting and sensation of thermal rise. Diagnostic impression Appendiceal Plastron. Case 6: 22-year-old female patient with no significant history. She presented colicky abdominal pain of 8/10 VAS in the right upper quadrant of 12 hours of evolution associated with a sensation of heat gain and nausea. Diagnostic impression Acute cholecystitis. Case 7: A 30-year-old patient with a gestational age of 38 weeks and 3 days by ECO IT with a history of appendectomy (2015) and obstetric formula G2 P1001. He had a blood pressure of 150/100 mmHg. Diagnostic impression Preeclampsia without signs of severity. Case 8: A 27-year-old patient with a gestational age of 36 weeks and 1 day by IT ECHO with a history of 1 spontaneous abortion. She presented a 7-hour evolution of clear vaginal fluid loss. Diagnostic impression Premature Rupture of Membranes.

Conclusions: The medical internship is the most important year of the medical career where one puts into practice all the theoretical knowledge, acquires practical skills and consolidates his training as a surgeon.

INTRODUCCIÓN

El Internado Médico abarca el último año de pregrado de la Carrera de Medicina Humana, antecedido por 3 años de estudios de Ciencias Básicas en las Instalaciones de la USMP - FMH y 3 años posteriores llamados “Clínicos” que se realizan en diversos Hospitales de Lima.

Debido a la Pandemia del COVID - 19, estos años clínicos se vieron notoriamente afectados, pues el enfoque principal de los centros sanitarios fue la atención a los afectados por esta enfermedad. En consecuencia, los establecimientos de salud no permitieron el ingreso de estudiantes del área de salud para salvaguardar su seguridad. Es por ello, que la virtualización tuvo el papel de suplir esta etapa previa al internado dándole una importancia aún mayor en la formación de los futuros médicos peruanos.

En esos meses, el interno realizó sus rotaciones por 4 especialidades; Pediatría, Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia. Las cuales permitieron que el interno adquiriera la capacidad de atención, manejo y soporte de manera integral en beneficio del paciente y su entorno familiar como parte de una atención médica adecuada.

El Ministerio de Salud presentó el documento “Directivas Administrativas para el Desarrollo de Actividades del Internado de Ciencias de Salud 2022” donde se especifican las condiciones y reglas en las que se basa el Internado Médico. (1) Es importante mencionar, que, dentro de los cambios más notorios respecto a los lineamientos clásicos, se encuentran; la duración del internado, el cual se reduce de 12 a 10 meses repartidos en 5 meses en instalaciones hospitalarias y los restantes en centros de salud de primer nivel; el control de las horas de práctica médica, las cuales se estipulan como 150 horas mensuales repartidas en un horario de 7 am a 1pm de lunes a sábado; la eliminación de guardias nocturnas; entre otros. Pese a que, estas condiciones parecen beneficiosas para el interno, pero el recorte del tiempo del internado con el antecedente de la pandemia a largo plazo sería contraproducente para el futuro médico, ya que ello no permitiría aprovechar la experiencia y conocimientos que cada establecimiento de salud puede ofrecer a sus estudiantes. En Perú, la elección de plazas para el internado médico depende

de los convenios que tienen las universidades tanto públicas y privadas con el estado peruano e instituciones de salud privadas. En este caso, se optó por elegir un establecimiento MINSA, el Hospital de Villa El Salvador.

El Hospital de Emergencias de Villa El Salvador (HEVES), se encuentra categorizado como Nivel II-2, fundado en el año 2016 con el fin de amortiguar los casos de infección por SARS-CoV-2; sin embargo, gracias a que estos fueron reduciendo, el establecimiento de salud comenzó a operar con normalidad recibiendo a su segunda promoción de internos de manera presencial. El hospital es considerado como uno de los más modernos de Lima, lo cual permite que el internado sea una experiencia gratificante, puesto que el sistema empleado fue completamente virtual, algo sumamente destacable para la realidad de nuestro país. Esta virtualización fue una herramienta muy útil, pues facilitó la obtención de resultados de laboratorio, elaboración de historias clínicas, análisis de resultados de imágenes y demás. Además de poder atender a una mayor cantidad de pacientes, generó múltiples facilidades al momento de su atención, ahorrando valioso tiempo.

En este trabajo se busca transmitir las experiencias del internado médico, la aplicación de los conocimientos y la adquisición de nuevas habilidades.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El Internado Médico es considerado la etapa más determinante de la carrera, pues es donde todos los estudiantes de medicina ponen en práctica los conocimientos adquiridos y los consolidan. Además, en este año se adquieren las habilidades para el correcto manejo y atención de los pacientes. Estas prácticas fueron dirigidas por asistentes de cada especialidad y de sus respectivos residentes, sobre todo de primer año, quienes brindaron el apoyo y supervisión constante en la labor del Interno de Medicina.

Durante este año se realizaron rotaciones por las cuatro grandes especialidades de medicina, Pediatría, Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia.

Rotación de Pediatría

La rotación por el servicio de Pediatría y Neonatología tuvo una duración de 2 meses, del 1 de junio al 31 de julio del año 2022. Ella se dividió en Hospitalización de Pediatría, Emergencia Pediátrica y Neonatología. Esta rotación tuvo un carácter especial, puesto que el médico no solamente tiene contacto con el paciente sino sobre todo con los padres. Además, el gran número de pacientes atendidos en esta rotación aún no desarrollaban el habla, motivo por el cual el examen físico tomó un papel prioritario. Sin embargo, para poder realizarlo, es necesario poder entablar una relación con el paciente de confianza y empatía, mediante un contacto más delicado y especial.

Caso Clínico N°1: Convulsión febril simple

Anamnesis:

Paciente varón de 5 años, procedente de Villa El Salvador, natural de Lima, ingresa acompañado de madre a tópico de emergencia del servicio de Pediatría. Madre refiere que paciente presenta desde hace 2 días fiebre cuantificada en 39°C, que cede parcialmente al uso de 10 ml de Paracetamol. Además, afirma que se rasca la oreja derecha y refiere incomodidad en la zona. Adicional, 30 minutos previo al ingreso, paciente presentó de manera súbita movimientos tónico - clónicos sin relajación de esfínteres de 2 minutos

de duración. Posterior a ello, el paciente recupera la consciencia sin recordar el evento previo.

Antecedentes:

- Familiar niega que paciente presente antecedentes y alergias de importancia. Vacunación completa.

Funciones vitales:

- FR: 20 rpm, FC:110 lpm, T: 38.8°C, Sat: 99%

Funciones biológicas:

- Apetito disminuido, Sed normal, Sueño normal, Orina normal y Heces sin alteraciones.

Examen físico:

- Peso: 20 kg Talla: 98 cm IMC 20.8 kg/m²
- General: Aparente regular estado general, de nutrición e hidratación, ventilando espontáneamente, sin dificultad.
- Piel: T / H / E, llenado capilar menor a 2 segundos, no lesiones visibles.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos de buena intensidad, rítmicos, no soplos.
- Tórax y Pulmones: no tirajes, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Abdomen: No distendido, blando/depresible, RHA presentes, no impresiona dolor a la palpación superficial ni profunda, no signos peritoneales.
- SNC: Despierto / activo / conectado con el entorno, ubicado en tiempo, espacio y persona, pupilas reactivas a la luz / isocóricas, Escala de Glasgow 15/15, Kernig (-), Brudzinkski (-), No rigidez de nuca.
- Oído derecho: a la otoscopia se evidencia CAE eritematoso, membrana timpánica abombada, opaca con limitación al movimiento.
- Resto no contributivo.

Impresión diagnóstica:

1. Síndrome febril.

2. Convulsión febril simple.
3. D/C Otitis media aguda.
4. D/C Hipoglucemia.

Plan:

- Se procede a realizar un plan terapéutico con los diagnósticos planteados, luego se solicita un hemoglucotest, hemograma, PCR y examen de orina.

Tratamiento:

- NPO
- Dextrosa 5% 1000 cc + NaCl 20% 40 cc + ClK 20% 10 cc >>> XX gotas por minuto.
- Metamizol 1g/2ml EV lento >>> ½ ampolla (500mg) luego PRN a T° >38°C
- Ceftriaxona 1gr EV + NaCl 0.9% 100 cc >>> 1 dosis
- Midazolam EV 4 mg PRN convulsión.
- CFV + BHE
- Reevaluación en 2 horas.

Exámenes complementarios:

Al revisar los resultados laboratoriales del paciente se evidencia:

- Glucosa: 95 mg/dl
- Hemograma: Hb (12 mg/dl), Leucocitos (12 mil), No neutrofilia, Abastoados (1%); PCR: 1;
- Examen de orina: Leucocitos 0-1 por campo, no glóbulos rojos, no nitritos.

Evolución:

1. Se descarta la existencia de hipoglucemia
2. Se reafirma que se estamos frente a una convulsión febril simple posiblemente desencadenada por Otitis media aguda no complicada.
3. Durante el seguimiento, el paciente no presenta otro cuadro convulsivo.
4. Debido a ello, se decide dar de alta con antibióticos orales:

- a. Amoxicilina 250mg/5ml Jarabe a dosis de 16 ml VO C/12 hrs por 7 días.
- b. Ibuprofeno 100mg/5ml Jarabe a dosis de 10 ml C/8 hrs por 5 días.
- c. Control en 48 horas.
- d. Se explican signos de alarma al familiar.

Caso Clínico N°2: Pielonefritis aguda

Anamnesis:

Paciente de sexo femenino de 13 años, procedente de Villa El Salvador, natural de Ayacucho, que ingresa a la emergencia de Pediatría, acompañada por madre con cuadro clínico de 12 horas caracterizado por dolor abdominal asociado a disuria y fiebre de 38°C que cede parcialmente a Paracetamol a dosis de 500mg suministrado en 2 ocasiones, vómitos en 3 oportunidades, no asociado al consumo de alimentos, hiporexia, cefalea holocraneana de tipo punzante. Niega otros síntomas agregados.

Antecedentes:

Madre refiere que paciente cuenta con antecedente de múltiples episodios de ITU, último hace 1 mes que requirió hospitalización por 5 días, Padre con antecedentes de infección por VHC.

Funciones vitales:

- FC: 105 lpm, FR: 19 rpm T: 38.3°C, Sat: 98% con FiO2 0.21

Funciones biológicas:

- Apetito: disminuido, Sed: normal, Orina: disuria, Heces normales, Sueño sin alteración.

Examen físico:

- Peso: 64 kg, Talla: 175 cm, IMC: 20.9 kg/m²
- General: se observa paciente despierta, ventilando espontáneamente, no cianosis.

- Piel: T / H / E, llenado capilar < 2 segundos, no ictericia, no palidez, TCSC con adecuada distribución y cantidad, no edemas.
- Tórax y Pulmones: no tirajes, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos regulares de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: globuloso, no distendido, RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no masas, no visceromegalia.
- Genitourinario: PPL (+) PRU (+)
- Neurológico, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos, no signos de focalización.

Impresión diagnóstica:

1. Síndrome Febril
2. D/C ITU
 - a. D/C ITU recurrente
 - b. Pielonefritis aguda

Plan de trabajo:

- Se solicita Hemograma, PCR, Examen de Orina y Urocultivo

Resultados de exámenes:

- Hemograma: Hb 9.10 g/dl, Leucocitos 21 680, Plaquetas 212 000
- PCR: 10.2
- Examen de Orina: Leucocitos 30 - 40 x campo, Gérmenes ++, Nitritos (+).
- Urocultivo: E. Coli BLEE sensible a Meropenem

Debido a los resultados laboratoriales, se replantean los diagnósticos:

1. Pielonefritis aguda
 - a. ITU recurrente
2. Anemia moderada

Se decide manejar a la paciente en hospitalización con:

1. Dextrosa 5% + NaCl 20% 40 ml + ClK 20% 10 ml >>> XXX
2. Ceftriaxona 1 gr EV C/12 hrs
3. Metamizol 1g EV STAT >>> luego PRN a T° mayor a 38°C
4. Se rota antibiótico por resultado de Urocultivo positivo a *E. Coli (BLEE)* sensible a Meropenem (1gr c/8 hr por 10 días).
5. CFV + OSA + BHE

Rotación de Medicina Interna

Esta rotación tuvo una duración de 2 meses, desde el 1 de agosto hasta el 30 de septiembre del año 2022. Se basó principalmente en el servicio de Hospitalización de Medicina, donde se aplicó la mayor información teórica adquirida durante la carrera. Durante estos meses cada interno de medicina estuvo a cargo de 6 a 12 camas, lo cual permitió abarcar una gran cantidad de patologías y analizar la evolución de cada una de ellas. Las guardias en esta rotación, realizadas en la Emergencia de Medicina, tuvieron un papel fundamental para desarrollar las capacidades necesarias para el manejo inicial y toma de decisiones con carácter médico.

Caso Clínico N°3: Pancreatitis

Anamnesis

Paciente varón de 87 años, quechua hablante, con antecedentes de HTA y Enfermedad de Alzheimer. Es traído por su hija al servicio de Emergencias del HEVES por presentar desde hace 4 horas dolor abdominal de tipo cólico en epigastrio asociado a náuseas y vómitos de restos alimentarios. Niega fiebre, niega deposiciones líquidas con sangre y/o moco. A su ingreso se encuentra con saturación en 92%.

Antecedentes:

- Patológicos: HTA (control irregular con Captopril 25mg) y Enfermedad de Alzheimer (diagnosticado hace 2 años)
- Quirúrgicos: Niega.
- RAMs: Niega.
- Familiares: Niega.

Funciones Vitales:

- FC: 89 lpm - FR: 20 rpm - PA: 160/90 mmHg - SatO₂: 92% - T: 36.6°C

Examen físico:

- Peso: 60 kg Talla 160 cm IMC 23.4 kg/m²
- Aspecto general: Aparente mal estado general, de hidratación y de nutrición.
- Tórax y Pulmones: amplexación conservada, no tirajes, murmullo vesicular pasa disminuido en base de HTD, impresionan crépitos, no tirajes.
- Cardiovascular: RC arrítmicos, no impresionan soplos, IGY (-), llenado capilar < 2".
- Abdomen: Globuloso, RHA (disminuidos), Dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, no se palpan masas.
- Genitourinario: PRU (-) PPL (-), Sonda Foley permeable, diuresis conservada.
- Piel: deshidratado, leve ictericia en palmas, telangiectasias en rostro.
- Sistema Nervioso: LOTEPE, ECG 15/15, pupilas CIRLA, no signos de focalización, no signos meníngeos

Examen de auxiliares (ingreso):

- Hemograma completo: Hb 13.9 mg/dL // Plaquetas 324 000 // Leucocitos 13 660 (Abastionados 7%).
- Creatinina: 0.95
- Perfil hepático: BT 3.0 - BD 2.2 - FA 995 - GGT 432 - TGO 1106 - TGP 560 - Albúmina 4.1 g/dL
- INR 1.3
- PCR 66
- Amilasa: 2063 // Lipasa 3166
- Ecografía abdomen: Colédoco en 18 mm. Leve a moderada dilatación de vías biliares intra y extrahepáticas.

Impresión diagnóstica:

1. Síndrome doloroso abdominal
 1. D/C Pancreatitis aguda
 2. D/C Colangitis aguda moderada
 3. D/C Apendicitis
 4. D/C Vólvulo intestinal

Plan de trabajo:

- Hemograma, perfil hepático y PCR de control
- Radiografía de tórax
- Ecografía (control)
- Colangio resonancia magnética
- CPRE

Interpretación de resultados

- Hemograma: HB 12.6 // Leucocitos 12 400 // Plaquetas 416 000 // PCR 58.5
- Perfil hepático: BT 0.4 // BD 0.2 // BI 0.2
- PCR: 58.5
- Ecografía de control: Hígado: De forma y localización habitual. Parénquima de ecogenicidad conservada. No dilatación de vías biliares intrahepáticas. Colédoco: De 6 mm. Litiasis vesicular múltiple.
- Colangio resonancia magnética y CPRE: El HEVES no cuenta con el equipo necesario para la realización de estos procedimientos, por lo cual se refirió al paciente con otros establecimientos MINSA para lograr la resolución del caso.

Diagnósticos finales

1. Pancreatitis aguda
2. Colangitis aguda moderada
3. HTA
4. Enfermedad de Alzheimer

Tratamiento:

- NaCl 0.9% 1000cc >>> 100 cc/hr
- Dextrosa 5% 1000 + NaCl 20% (1 Amp) + ClK 20% (1 Amp) >>> 50 cc/hr
- Ceftazidima 2 gr EV C/8 hrs
- Metronidazol 500mg EV C/8 hrs
- Losartan 50 Mg VO C/12 hrs
- Captopril 25 Mg VO PRN a PA > 160/100 mmHg
- Metoclopramida 10 mg EV C/8 hrs
- Omeprazol 40 Mg EV C/24 hrs
- Metamizol 1 Gr EV C/8 hrs
- Dimenhidrinato 1 Amp EV Condicional A Náuseas
- O2 PRN SatO2 <95%
- HGT C/12 hrs
- Toma de PA cada 3 horas
- Haloperidol 5 Mg IM PRN a Agitación Psicomotriz
- CFV + BHE

Evolución:

- Paciente con hemodinamia estable, afebril, con reposición de volumen, terapia antihipertensiva, en tratamiento antibiótico por colangitis, con buena respuesta clínica y laboratorial, no ictericia, bilirrubina dentro del rango normal, TGO/TGP en disminución progresiva, al igual que PCR. En espera de CPRE diagnóstica y terapéutica.

Caso Clínico N°4: Tuberculosis Pulmonar

Anamnesis:

Paciente varón de 80 años procedente de Villa El Salvador, refiere "hace 1 mes ese hombre (yerno) me ha contaminado, desde esa vez estoy enfermo con tos. Yo no me he curado hasta ahora, estoy así, he tenido tos con sangre media taza". Se describe que, al ingreso al tópico de emergencia, paciente presenta hemoptisis aproximada de 50 cc asociado a fiebre de 38°C, sudoración nocturna, pérdida de peso de 10 kg en aproximadamente 2 meses (74kg a 64kg). Durante su estadía en emergencia, se realiza interconsulta a Neumología para evaluación de Tomografía Torácica donde se evidencia

nódulos espiculados e imagen de árbol en brote. Paciente refiere que no es la primera ocasión que presenta el mismo cuadro.

Antecedentes:

- Patológicos:
 - Diabetes Mellitus Tipo 2 Insulino dependiente (Insulina NPH 15 - 5 y Metformina 850 mg)
 - Tuberculosis Pulmonar hace 10 años (tratamiento incompleto)
- Quirúrgicas: Niega
- RAMs: Niega
- Familiares: Yerno con Tuberculosis (?)
- Ocupación: Independiente
- Grado de instrucción: Secundaria completa

Funciones vitales:

- FC: 105/70 lpm - FR: 24 rpm - T°: 36.7°C - SatO2: 95% con FiO2 90% con máscara de reservorio a 12 litros.

Funciones biológicas:

- Apetito: Disminuido y asociado a náuseas.
- Deposiciones: Sin alteraciones.
- Orina: Sin alteraciones.
- Sed: Disminuida.

Examen físico:

- Peso: 59 kg - Talla: 165 cm - IMC: 21.7 kg/m²
- General: Aparente moderado estado general, nutrición e hidratación, ventilando con soporte de máscara de reservorio.
- Piel y TCSC: Levemente tibia, pálida, hidratada y elástica, no ictericia, llenado capilar < 2", no edemas.
- S. Linfático: No se palpan adenopatías.

- Tórax y Pulmones: amplexación conservada, leve tiraje intercostal, murmullo vesicular disminuido globalmente, crepitantes bibasales a predominio izquierdo, taquipnea.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos regulares de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: No distendido, blando, depresible, RHA (+), no doloroso, no masas palpables, no visceromegalia
- Genitourinario: PRU (-), PPL (-)
- Neurológico: Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos, no signos de focalización.

Impresión diagnóstica:

1. IRA Tipo 1
 - a. Tuberculosis pulmonar
2. Hemoptisis

Plan de trabajo:

1. Se solicita radiografía de tórax.
2. Se solicita exámenes de laboratorio:
 - a. Hemograma
 - b. BK en esputo (x2)
3. I/C con neumología

Resultados de exámenes complementarios:

- Radiografía de tórax:
 - a. Persistencia de consolidación tenue en región parahiliar izquierda.
 - b. Secuela pleuroparenquimal apical izquierdo que incluye tracto fibrótico.
- Hemograma: Hemoglobina: 15.2 g/dL - Leucocitos: 12 490 - Abastionados: 0%

Tratamiento:

1. Dieta blanda hipoglucida
2. Vía Salinizada
3. Ceftazidima 2 gr EV C/8 hrs
4. Ácido tranexámico 1 gr EV C/8 hrs
5. Codeína 60mg EV C/8hrs
6. Insulina NPH: 15 UI almuerzo - 5 UI cena
7. Tratamiento para tuberculosis específico
 - a. Isoniacida 300 mg
 - b. Rifampicina 600 mg
 - c. Etambutol 1200 mg
 - d. Pirazinamida 1500 mg
8. Cabecera 30°
9. O2 - Máscara de Reservorio a 12 litros
10. HGT C/8 hrs
11. Control de funciones vitales
12. BHE

Evolución:

- Paciente varón de 80 años con los siguientes problemas:
 1. IRA tipo1
 - a. TBC pulmonar activa
 - b. Neumonía sobreagregada.
 2. Hemoptisis no activa
- Paciente hemodinámicamente estable, afebril, ventila espontáneamente con soporte oxigenatorio en retiro progresivo, no reportan hemoptisis hace 24 horas se evidencia mejoría gasométrica:
 - 24/02: pO₂/FiO₂ 76 mmHg.
 - 25/02: pO₂/FiO₂ 152 mmHg.
 - 26/02: pO₂/FiO₂ 203 mmHg. Analítica Hb 12.1, Leucocitosis 12 100, Ab 0%, PCR 319.05 mg/dL y presenta mejoría clínica.
- Paciente con riesgo de hemoptisis masiva por lo que se informa a familiares y se realiza referencia a hospital de mayor complejidad.
- Paciente con evolución estacionaria, pronóstico reservado.

- I/C por Neumología: Continuar Antibioticoterapia + Tratamiento específico + Sintomáticos + Destete progresivo de O2 (mantener O2 <95%).
- Paciente con pronóstico muy reservado.

Rotación de Cirugía General

La rotación por el servicio de Cirugía General tuvo la duración de 2 meses, la cual se segmentó en Hospitalización de Cirugía General, Emergencia, Traumatología, Neurocirugía, Cirugía Plástica y Urología.

El objetivo de esta rotación para el interno de medicina fue aprender el diagnóstico y manejo inicial de diversas patologías que requieran procedimientos quirúrgicos. Sobre todo, fue vital el aprendizaje del abordaje de estos pacientes, elaborando historias clínicas y profundizando en la anamnesis y examen físico.

En el área de hospitalización, el interno de medicina adquiere las capacidades para participar en el pre y post operatorio, y la participación activa en sala de operaciones de cirugías programadas.

En el área de emergencia, se dió una participación más activa y dinámica. Se vieron casos desde heridas sangrantes, TEC leve, fractura de huesos hasta lesiones por proyectiles de arma de fuego, obstrucciones intestinales, hernias incarceradas, colelitiasis y apendicitis agudas.

Caso Clínico N°5: Plastrón Apendicular

Anamnesis:

Paciente varón de 23 años acude a emergencia refiriendo dolor en en fosa iliaca derecha de 6/10 EVA difuso, que inició en zona periumbilical tipo cólico de 8/10 de intensidad, de 05 días de evolución. Día de ingreso dolor difuso en FID asociada a vómito (1 cámara, sin sangre) y sensación de alza térmica (no cuantificada).

Antecedentes:

- Niega antecedentes y alergias de importancia.

Funciones vitales:

- FC: 118 lpm - FR: 18 x minuto - Temperatura: 38°C - Presión Arterial: 112/76 mmHg - Saturación de Oxígeno: 97%.

Funciones biológicas:

- Apetito disminuido, resto sin alteraciones.

Examen físico:

- Peso: 70 kg - Talla: 160 cm - IMC: 27.3 kg/m²
- General: Aparente regular estado general, de hidratación y de nutrición. Ventila sin dificultad. Fascie dolorosa.
- Piel y Mucosas: T / H / E, llenado capilar < 2", no edemas, no lesiones
- Tórax y Pulmón: amplexación conservada, no tirajes, murmullo vesicular pasa por ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos.
- Abdomen: Leve distensión abdominal, blando, depresible, RHA disminuidos, doloroso a la palpación superficial y profunda en FID, puntos dolorosos: McBurney (+), Blumberg (-), se palpa masa en FID.
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-)
- A. Locomotor: sin alteraciones.
- SNC: LOTEPE

Impresión diagnóstica:

1. Síndrome febril
2. Abdomen agudo quirúrgico vs médico
 - a. D/C Apendicitis
 - b. D/C Plastrón apendicular
 - c. D/C Absceso apendicular
3. D/C ITU

Plan terapéutico:

- Se solicita ecografía abdominal
- Se solicita exámenes laboratoriales

Exámenes complementarios:

- Ecografía abdominal: Signos ecográficos de proceso inflamatorio apendicular complicado. Plastrón apendicular.
- Hemograma: Hb 14.3 mg/dL - Leucocitos 8 040 (Ab 0% - Seg 87%) - Plaquetas 150 000
- Urea: 23 Creatinina: 0.6 - PCR: 8.8
- Examen de orina: sin alteraciones

Se realiza una Tomografía Abdominal (Referencia):

- Impresiona la colección apendicular.
- Asas aglutinadas - Epiplón en cuadrante inferior derecho
- No impresiona líquido libre.
- Se evidencia coprolito. Obstruye la base del apéndice cecal.

RP:

1. Cefuroxima 500 mg VO C/12 hrs x 7 días
2. Metronidazol 500 mg VO C/8 hrs x 7 días
3. Sucralfato 10 cc 30 minutos antes del desayuno, almuerzo y cena
4. Paracetamol 1000 mg PRN a dolor abdominal.

Caso Clínico N°6: Colecistitis aguda

Anamnesis:

Paciente femenina de 22 años ingresa a emergencia debido a presentar dolor abdominal de tipo cólico de 8/10 EVA en cuadrante superior derecho de 12 horas de duración asociado sensación de alza térmica y náuseas, niega vómitos.

Antecedentes:

- Patológicos: Niega
- Quirúrgicos: Niega
- RAMs: Niega
- Familiares: Padres aparentemente sanos.

Funciones vitales:

- FC: 67 lpm - FR: 16 x minuto - Temperatura: 37°C - Presión Arterial: 110/80 mmHg - Saturación de Oxígeno: 98%.

Funciones biológicas:

- Apetito disminuido, resto sin alteración.

Examen físico:

- Peso: 94 kg - Talla: 165 cm - IMC: 34.5 kg/m²
- General: Aparente regular estado general y de nutrición. Aparente mal estado de nutrición. Ventila sin dificultad. Fascie dolorosa.
- Piel y TCSC: T / H / E, llenado capilar < 2”.
- Tórax y Pulmones: amplexación conservada, no tirajes, no lesiones, murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: RCR, no soplos.
- Abdomen: no distendido, globuloso, b/d, RHA (+), dolor a la palpación profunda en epigastrio, arresto inspiratorio presente (Signo de Murphy +).
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-).
- Locomotor: sin alteraciones.
- SNC: LOTEPE.

Impresión diagnóstica:

1. Abdomen agudo médico vs quirúrgico
 - a. D/C Colecistitis aguda
 - b. D/C Coledocolitiasis aguda
 - c. D/C Colangitis
 - d. D/C Pancreatitis
2. Obesidad grado I

Plan terapéutico:

- Se solicitan exámenes auxiliares (incluir exámenes preoperatorios)
- Se solicita ecografía abdominal

RP:

- NPO
- Escopolamina 1 ampolla + Omeprazol 40 mg + Metamizol 1 gr >>> en NaCl 0.9% 250cc
- Tramadol 1 ampolla + Dimenhidrinato 50mg en NaCl 0.9% 100cc
- Reevaluación Post Medicación y con resultados laboratoriales e imágenes.

Exámenes complementarios:

- Hemograma: Hb 14.7 g/dL - Leucocitos 13 440 (Ab 0% Seg 56% Linf 37%) - Plaquetas 296 000
- Amilasa (sérica) 28 U/L - Lipasa 25.8 U/L
- Perfil Hepático: BT 0.9 mg/dL BD 0.4 mg/dL BI 0.55 mg/dL - FA 69.32 U/L - Albúmina 5.1g/dL - TGO 25 U/L TGP 56 U/L GGTP 43 U/L
- Glucosa basal: 113
- Grupo y Factor: O (+) - Serológicos: no reactivos
- Perfil de coagulación: sin alteraciones
- Examen de orina: Nitritos (-) Leucocitos 0-1 x campo Gérmenes Escasos
- Ecografía abdominal: Signos ecográficos de colecistitis aguda litiásica
 - Murphy ecográfico positivo - Esteatosis hepática Moderada.

Evolución:

1. Se reevalúa con resultados de laboratorio y de imágenes:
 - a. Diagnóstico final:
 - i. Abdomen Quirúrgico - Colecistitis Aguda
 - ii. Obesidad Grado I
2. Se plantea Colecistectomía Laparoscópica
3. Paciente pasa a Sala de Operaciones.

Reporte Operatorio:

- Diagnóstico Operatorio: Abdomen Agudo - Colecistitis Aguda.
- Hallazgos Operatorios:
 1. Plastrón Vesicular.
 2. A la liberación: Líquido Purulento Moderado

3. Vesícula Biliar Distendida con Paredes Engrosadas.
4. Contenido: Bilis espesa purulenta
5. Conducto cístico +/- 0.3 cm
6. No impresiona alteración de vía biliar principal.

Rotación de Ginecología y Obstetricia

La rotación de Ginecología y Obstetricia tuvo una duración de 2 meses, empezando el 1 de diciembre y culminando el 31 de enero. Esta tuvo una distribución bastante completa, dividiéndose en Hospitalización de Ginecología, Hospitalización de Obstetricia, Emergencia Gineco-Obstétricas y Centro Obstétrico.

Las sub-rotaciones obstétricas tuvieron un carácter distinto, pues aquí se dio la atención de dos vidas en simultáneo, tanto la madre como el feto. En el servicio de Obstetricia el interno de medicina tuvo la oportunidad de realizar historias clínicas y obstétricas, tactos vaginales, ecografías pélvicas y transvaginales y sobre todo la atención de partos (un procedimiento esencial para todo médico). Además, también presentó un ámbito quirúrgico. Las cesáreas, tanto programadas como de emergencia, en las cuales el interno de medicina participó según el desempeño mostrado en los demás ámbitos. En cuanto a las rotaciones por Ginecológicas, está a su vez tuvo hospitalización como emergencia.

Caso Clínico N°7: Preeclampsia sin signos de severidad

Anamnesis:

Paciente secundigesta de 30 años con una edad gestacional de 38 semanas y 3 días por ecografía del primer trimestre, quien acude a la emergencia referida de consultorio externo debido a PA 150/100 mmHg, niega sangrado vaginal, niega contracciones uterinas, niega pérdida de líquido vía vaginal, niega signos de irritación cortical y refiere percibir mov. fetales.

Antecedentes:

- Ginecológico: Fórmula obstétrica G2 P1001, FUR: 28/03/2022 FPP: 2/01/2023 CPN: 06, Menarquia: 10 años, Régimen Catamenial: 5/29, IRS: 21 años, Andria: 06 parejas sexuales, MAC: Niega.

- Patológicos: Niega patologías.
- Hospitalizaciones: Niega hospitalizaciones previas.
- Quirúrgicos: Apendicectomía (2015)
- RAMs: Niega.
- Familiares: Madre asmática.

Funciones Vitales:

- FC: 80 lpm - FR: 16 x minuto - Temperatura: 37.1°C - Presión Arterial: 151/99 mmHg - Saturación de Oxígeno: 98%.

Funciones Biológicas:

- Apetito, Sed, Diuresis, Deposiciones y sueño conservados.

Examen Físico:

- Peso: 75 kg Talla: 1.61 m, IMC: 29 kg/m²
- General: Aparente regular estado general, de hidratación y nutrición. Ventilando sin dificultad.
- Piel y Mucosas: T/H/E, llenado capilar < 2", No edemas.
- Tórax y Pulmones: amplexación conservada, no tirajes, murmullo vesicular pasa por ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, no se auscultan soplos.
- Abdomen: Útero grávido - AU: 33 cm - Mov. Fetales: ++/+++ - LCF: 136 x minuto - SPP: LCD, DU: ausentes.
- Tacto Vaginal: Dilatación: 0 cm - Altura de presentación: - 3 - Incorporación: 0% - Membranas Ováricas: íntegras - Pelvis Estrecha.
- Genitales Externos: no se evidencia sangrado ni pérdida de líquido amniótico.
- SNC: LOTEPE

Impresión diagnóstica:

1. Secundigesta de 38 ss 3/d x ECO IT
2. Feto Vivo
3. No labor de parto

4. THE: Preeclampsia sin signos de severidad vs Hipertensión gestacional
5. Pelvis estrecha

Plan terapéutico:

1. Se realiza ecografía obstétrica, se solicita batería de exámenes laboratoriales para preeclampsia, toma de PA cada 20 minutos.

Exámenes de complementarios:

- Ecografía obstétrica: SPP: LCD - PF: 3550 mg (AEG) - LCF: 132 x minuto - ILA: 8 cm, Placenta fúndica (III), Eco Doppler normal.
- Hemograma: Hb 13 mg/dL - Plaquetas 255 000 - Leucocitos 9 700 - (Ab 0% - Seg 74%)
- Perfil hepático: BT 0.6 mg/dL - BD 0.4 mg/dL - BI 0.2 mg/dL - Albúmina 4 g/dL - TGO 27 U/L - TGP 22 U/L
- PCR: 0.9 mg/dL - Urea: 11 - Creatinina: 0.9
- Perfil de Coagulación: sin alteraciones
- Examen de orina: Leucocitos 0 - 2 x campo, Nitritos (-), Proteínas +.

RP:

1. NPO
2. NaCl 0.9% 1000cc >>> 500cc a chorro luego XXX gotas x minuto.
3. Nifedipino 10mg VO PRN a PA mayor o igual a 160/110 mmHg
4. CO (DU + LCF)
5. Toma de PA cada 60 minutos en hoja aparte

Evaluación:

1. Se programa cesárea de emergencia.
2. Se realiza cesárea - Sin complicaciones - Recién nacido vivo femenino de 3690 gr - APGAR 8' - 9' - Sangrado Intraoperatorio 500cc.
3. Pasa a Sala de Puerperio, se toman exámenes auxiliares control con resultados dentro de valores normales.

Caso Clínico N°8: Ruptura Prematura de Membranas

Anamnesis:

Paciente secundigesta de 27 años con una edad gestacional de 36 semanas y 1 día por ecografía del primer trimestre, quien acude a la emergencia sin referencia debido a pérdida de líquido de color claro vía vaginal, de 07 horas de evolución. La paciente niega contracciones uterinas, niega sangrado por vía vaginal, niega síntomas premonitorios de preeclampsia, y refiere percibir movimientos fetales.

Antecedentes:

- Ginecológico: Fórmula obstétrica G2 P0010, FUR: 13/04/2022 FPP: 20/01/2023 CPN: 08, Menarquia: 11 años, Régimen Catamenial: 4/29, IRS: 19 años, Andria: 04 parejas sexuales, MAC: Niega.
- Patológicos: niega Diabetes Mellitus, niega Hipertensión Arterial, niega Asma, niega Tuberculosis, niega Hepatitis y niega otras patologías
- Hospitalizaciones: Niega hospitalizaciones previas
- Quirúrgicos: Niega cirugías
- RAMs: Niega alergias a medicamentos
- Familiares: padres aparentemente sanos

Funciones Vitales:

- FC: 88 lpm, FR: 18 x minuto, Temperatura: 36.9°C, Presión Arterial: 116/75 mmHg, Saturación de Oxígeno: 99%.

Funciones Biológicas:

- Apetito, Sed, Diuresis, Deposiciones y sueño conservados.

Examen Físico:

- Peso: 68 kg Talla: 1.65 m, IMC: 25kg/m²
- General: Aparente regular estado general, de nutrición e hidratación. Ventilando espontáneamente.
- Piel y Mucosas: T / H / E, mucosas hidratadas, llenado capilar < 2", no edemas.
- Tórax y Pulmones: amplexación conservada, simétrico, no tirajes, murmullo vesicular pasa por ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.

- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, no se auscultan soplos.
- Abdomen: Útero grávido - AU: 34 cm - Mov. Fetales: presentes - LCF: 140 x minuto - SPP: LCI, DU: ausentes.
- Tacto Vaginal: Cérvix cerrado posterior - Dilatación: 0 cm - Altura de presentación: - 3 - Incorporación: 0% - Membranas Ováricas: Rotas - Pelvis: Ginecoide.
- Genitales Externos: pérdida de líquido amniótico, no sangrado.
- Genito Urinario: PPL (-), PRU (-).
- SNC: LOTEP

Impresión diagnóstica:

1. Secundigesta de 36ss 1/d x ECO IT
2. Feto Vivo
3. No labor de parto
4. RPM (07 horas)

Plan terapéutico:

1. Pasa a Centro Obstétrico, se solicitan exámenes de laboratorio, se solicita ecografía obstétrica, se solicita Test Estresante.

Exámenes de complementarios:

- Ecografía obstétrica: SPP: LCI - PF: 2950 mg (AEG) - LCF: 135 x minuto - ILA: 4 cm, Placenta anterior, Ecodoppler normal.
- Test estresante: Positivo - 9/10 - Sensible Oxitocina 04 UI.
- Hemograma: Hb 13.7 - Plaquetas 210 000 - Leucocitos 11 300 - (Ab 0% - Seg 80%)
- PCR: 1.1 mg/dL - Urea: 13 - Creatinina: 0.7
- Perfil de Coagulación: sin alteraciones
- Examen de Orina: no patológico

RP:

1. NPO
2. Reposo decúbito lateral
3. NaCl 0.9% 1000cc >>> XXX gotas por minuto
4. Ampicilina 1g EV c/6 hrs

5. Oxitocina 04 UI >>> X gotas x 12 horas PRN (DU + LCF)
6. Control Obstétrico (DU + LCF)
7. CFV + OSA

Evolución:

1. Tacto Vaginal posterior a ciclo de maduración cervical: Dilatación 8cm
- Incorporación 90% - AU: +2 - Mov. Fetales: ++/+++ - DU: 4 en 10 minutos - Membranas Ováticas: Rotas - Cuello Anterior/Blando.
2. Pase a Sala de Partos (paciente en fase expulsiva)
3. Parto Vaginal sin complicaciones de Recien nacido vivo de sexo masculino - APGAR 9' - 9'.
4. Paciente pasa a Sala de Puerperio:
 - a. Niega molestias, refiere sangrado residual vía vaginal, loquios escasos sin mal olor, no síntomas premonitorios de preeclampsia
 - b. Útero contraído por debajo de cicatriz umbilical - Mamas blandas, no dolorosas, secretan calostro.
 - c. Tacto vaginal: no se visualizan desgarros, loquios escasos sin mal olor.
5. Hemoglobina, hematocrito y PCR de control dentro de valores normales.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El presente trabajo se desarrolló con los casos recopilados del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, lugar donde realicé mi internado como se mencionó en párrafos anteriores. Este establecimiento de salud inició sus operaciones el 07 de abril del 2016 a través del proyecto “Plan Integral de Desarrollo Concertado de Villa El Salvador 2017-2021” (PIDCVES), aprobado por el Concejo Municipal mediante Ordenanza N°139-MVES”, el cual buscaba construir el establecimiento de salud para poder abarcar a una población de más de 1 millón de habitantes que pertenecen a los distritos de Villa El Salvador, Pachacamac, Punta Hermosa, San Bartolo y más zonas del Sur de Lima (2).

El HEVES se encuentra ubicado en el distrito de Villa El Salvador de la provincia de Lima, tiene bajo su jurisdicción a la zona Sur de Lima y se encuentra categorizado como Nivel II-2 (2). Asimismo, es considerado el segundo hospital especializado en la zona sur de la capital, tiene un área de 23 mil metros cuadrados con una inversión de 255 millones de soles (2). Es importante recalcar que el sistema del establecimiento es netamente electrónico; es decir, cada procedimiento administrativo, historias clínicas, órdenes laboratoriales, entre otros se realizan mediante un sistema llamado SysGalem (1).

Debido al contexto posterior a la pandemia por el SARS-CoV-2, los establecimientos de salud acordaron abrir sus puertas para los estudiantes de salud que cursan el último año de pregrado a través del documento técnico “Directiva Administrativa N° 331-MINSA/DIGEP-2022”, en donde se regulariza la participación del interno de medicina. Dentro de todos los hospitales, se encontraba el HEVES, el cual recibió un total de 48 internos, que pertenecían a 3 casas de estudios, siendo una de ellas la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres.

Las funciones del interno de medicina abarcan desde el desarrollo de historias clínicas, examen físico a los pacientes hasta la realización de procedimientos médicos bajo la supervisión de especialistas, residentes o tutor encargado (1). Además, de que este último tenga un estipendio mensual de 400 nuevos soles

(1), el cual no obtuve beneficio por no adjudicar a la DIRIS que me correspondía siendo esta DIRIS CENTRO, ya que como se mencionó el HEVES, resultaba ser muy llamativo para los estudiantes por ser novedoso.

Los dos últimos meses realicé mi internado en el Centro de Salud Materno Infantil de Buenos Aires de Villa, ubicado en Chorrillos. Este establecimiento de salud del Primer Nivel de Intención, con la categoría I -4, cuenta con los servicios de Emergencia Médica, Medicina General, Control de Crecimiento y Desarrollo, Ginecología y Obstetricia, Laboratorio, Psiquiatría, Psicología, Nutrición, tratamiento contra TB, y demás servicios. En esta rotación los internos de medicina adquirieron las habilidades de prevención y promoción de la salud.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

Rotación de Pediatría

Caso Clínico N°1: Convulsión Febril Simple

Las Convulsiones febriles, “Febrile seizures” en inglés, son de los desórdenes neurológicos más comunes en la etapa infantil (3). Epidemiológicamente, presenta un aproximado de 2 a 4% de incidencia en niños menores de 5 años, siendo la incidencia máxima de 12 a 18 meses de edad (3).

La convulsión febril se encuentra definida como un evento dado en la infancia o la niñez, que ocurre entre las edades de 6 meses y los 5 años, asociado a fiebre, pero sin evidencia de infección intracraneal o con etiología definida (3).

Para poder diagnosticar una convulsión febril es necesario que se presenten las siguientes situaciones (3).

1. Paciente pediátrico entre 6 meses a 5 años.
2. Cuadros presentes de fiebre ($T^{\circ} >38^{\circ}\text{C}$)
3. Ausencia de Infección del SNC, trastornos metabólicos, antecedentes de convulsiones previas o enfermedades neurológicas previas.

Esta patología se puede clasificar en 2 tipos, Simple y Compleja, cuyas diferencias se basan en características clínicas (4).

La convulsión febril simple o típica, representa el tipo más común, siendo aproximadamente el 65% de los casos. Estas son caracterizadas por presentar convulsiones tipo tónico clónica (80%; tónicas, 13%; atónicas, 3%), duración menor a 15 minutos, ocurre en solo una ocasión dentro de las 24 horas, asociado con una temperatura mayor a 38 grados y a su vez no tiene secuelas post estado ictal (4).

Por otro lado, la convulsión febril compleja o atípica, tiene una menor frecuencia, siendo aproximadamente el 30-40% de los casos. En comparación entre las convulsiones típicas y atípicas, las convulsiones complejas son de tipo focal (4%), duran 15 minutos o más, recurren dentro de las 24 horas presentada la primera convulsión con paresia post ictal de Todd (0,4%) (4). Las crisis focales son difíciles de detectar, ya que su presentación suele ser

sútil. Asimismo, al ser prolongadas pueden progresar a un estatus convulsivo febril (5% del total), el cual puede ser una presentación inicial de un síndrome de hemiconvulsión-hemiplejía (4).

Es importante recalcar que, estas definiciones no suelen aplicarse con precisión respecto al tiempo de duración de las convulsiones, ya que el tratamiento (por ejemplo, midazolam intranasal), suele administrarse pasados los 5 minutos de persistencia del evento (3).

En el presente caso, aparentemente estamos frente a una convulsión febril simple. En primer lugar, el paciente presenta movimientos tónico-clónico, según la descripción del familiar. Además, la duración del episodio fue corto, siendo de 2 minutos de duración (menor a 15 minutos) y refiere que recuperó la conciencia (sin estado postictal) y no hubo otro evento convulsivo asociado.

El paciente queda en observación hasta completar las 24 horas post convulsión, para poder reafirmar el diagnóstico planteado.

El manejo inicial de esta patología es el ABC, protección de la vía aérea (desde aspiración hasta intubación), oxígeno suplementario y monitorización de las funciones vitales (3).

Ante un cuadro de convulsión que dure más de 5 minutos se debe iniciar el tratamiento específico, usando benzodiazepinas como primera línea. El uso de Diazepam, a dosis de 0.1 a 0.2 mg/kg, lorazepam 0.05 a 0.1 mg/kg o Midazolam 0.2 mg/kg por vía endovenosa a demostrado alta efectividad para el control de las convulsiones. Al paciente se le indicó Midazolam 4 mg EV condicional a un evento convulsivo (4).

El paciente debe quedar en NPO por riesgo de aspiración. A su vez, se le colocó una vía por donde se suministra la hidratación necesaria, calculada con el método Holliday - Segar. Este consiste en indicar 100 ml por cada kilogramo dentro de los primeros 10 kg del peso del paciente en 24 horas. Para los segundos 10 kg (de 10 a 20 kg) de peso, se le indica 50 ml por kg en 24 horas. Finalmente, a partir de los 20 kg se indica 20 ml por cada kg en 24 horas (5). El paciente del caso clínico tiene un peso de 20kg, motivo por el cual se le indicó 20 gotas (1 cc) por minuto.

Siendo la fiebre un factor predisponente a este tipo de convulsión se dejó indicado también un antipirético aplicable por vía endovenosa de manera condicional a fiebre (>38°C) (4).

Finalmente, se dio tratamiento específico a la patología subyacente, que en este caso fue una Otitis Media Aguda (OMA), iniciando con una Cefalosporina por vía endovenosa durante el tiempo de observación (24hrs). Una vez dada el alta, se procedió a cambiar la vía de administración a vía oral.

Para el alta, se explicó a los familiares los Síntomas y Signos de Alarma, el tratamiento específico para el OMA (antibioticoterapia junto con analgesia) y control por consultorio externo en 48 horas. No se le indicó un tratamiento profiláctico para las convulsiones debido a que no se ha demostrado que este tenga una asociación con la reducción del riesgo de epilepsia (4).

Caso Clínico N°2: Pielonefritis

Una de las enfermedades infecciosas más comunes en la edad pediátrica son las Infecciones del Tracto Urinario (ITU) (6). La prevalencia de esta infección varía según subgrupos etarios. Por un lado, los niños menores de 2 años con fiebre presentan infección del tracto urinario en un 7%; sin embargo, ello puede variar según edad, sexo y el estado de circuncisión, ya que la prevalencia el riesgo aumenta en hombres no circuncidados (6). Por otro lado, los niños mayores de 2 años con fiebre asociada a síntomas urinarios tuvieron una prevalencia de 7,8% (6).

Dentro de los agentes etiológicos más importantes, se encuentra la bacteria *Escherichia Coli* (80%), seguido de *Klebsiella*, *Proteus*, *Enterobacter* y *Citrobacter* (6).

La patogénesis se encuentra explicada por la colonización del área periuretral por uropatógenos; sin embargo, esta condición no es suficiente para el desarrollo de la enfermedad (6). Los patógenos se adhieren a la mucosa uroepitelial, seguido por el ascenso a la vejiga y riñón condicionado por una variedad de factores de virulencia de las bacterias (6).

Se pueden clasificar las ITUs en los siguientes tipos; baja y alta (7).

- ITU baja: esta es una infección que se localiza en la uretra y la vejiga, asociado a los síntomas propios a una inflamación local. Los síntomas y signos más frecuentemente hallados en ese tipo son la disuria, dolor suprapúbico y la polaquiuria (7).
- ITU alta o pielonefritis aguda: es una presentación complicada de una ITU, afectando al tracto urinario superior. La presentación clínica va a traer síntomas y signos de mayor notoriedad, como una fiebre elevada (inclusive mayor de 39°C), irritabilidad, dolor suprapúbico, dolor lumbar, vómitos, entre otros (7). El compromiso del parénquima renal y el de los uréteres puede traer complicaciones futuras como nefropatías, hipertensión arterial e inclusive cicatrización renal (6).
- Bacteriuria asintomática: como su nombre lo dice, es propio de una infección en el tracto urinario comprado por exámenes laboratoriales en orina sin la presencia de síntomas y/o signos en el paciente (7).

La ITU se presenta clínicamente con fiebre (pudiendo llegar a una temperatura mayor de 39°C), dolor suprapúbico y/o lumbar (mayormente en ITUs altas), polaquiuria, disuria y síntomas generales. Es por ello que, el examen físico cumple un rol importante en cuanto al diagnóstico de esta patología. Al igual que en el caso presentado, al momento de definir fiebre, documentar la presencia de dolor en puntos renoureterales y zona suprapúbica. Así como, realizar la maniobra de puño percusión renal, que al ser positivo nos acerca a una pielonefritis aguda (8).

En cuanto a los exámenes auxiliares son de elección; examen de orina junto con el urocultivo previo al inicio del tratamiento antibiótico empírico. El examen de orina detecta la presencia de leucocitos, nitritos, gérmenes y, en algunos casos, esterasa leucocitaria. En el caso presentado, la paciente contaba con 3 de estos criterios positivos, leucocitos por campo mayor igual de 10 por campo (S: 73%, E: 81%), nitritos positivos (S: 53%, E: 98%), presencia de gérmenes (S: 81%, E: 83%) (8, 9). Respecto al urocultivo, los resultados se revelaron en 3 días posteriores al diagnóstico, el cual fue positivo a *Escherichia coli* BLEE sensible a Meropenem. Por lo cual, se rotó a ese antibiótico a dosis de 1gr c/8 hr EV por 10 días. Posterior al tratamiento, la

paciente fue dada de alta con la condición de volver por consultorio externo en 5 días por los servicios de Pediatría y Nefrología.

Rotación de Medicina Interna

Caso Clínico N°3: Pancreatitis Aguda

La pancreatitis se define como un proceso agudo inflamatorio que ocurre en el páncreas caracterizado por dolor abdominal y niveles elevados de enzimas pancreáticas en sangre (10). A nivel mundial, la incidencia de pancreatitis va en aumento, esto se puede atribuir al aumento de la tasa de obesidad y cálculos biliares (10).

Dentro de los agentes etiológicos más importantes, se encuentra la presencia de cálculos biliares, son la causa más común de pancreatitis aguda (40-70% de los casos); el consumo de alcohol, responsable del 25 al 35% de los ataques; la hipertrigliceridemia, asociado a niveles de concentración sérica de triglicéridos mayor a 1000 mg/dl; la colangiopancreatografía retrógrada post endoscópica (CPRE), donde el 3% de pacientes que se someten a CPRE diagnóstica desarrollan la enfermedad, el 5% de casos por CPRE terapéutica y hasta en un 25% por estudios manométricos del esfínter de Oddi (11).

Esta enfermedad se puede clasificar en (12):

- Dos grandes grupos:
 - Pancreatitis aguda edematosa intersticial: ocurre una inflamación aguda del páncreas, en su parénquima y también en los tejidos que lo rodean sin necrosis
 - Pancreatitis aguda necrotizante: en esta se asocia a una necrosis pancreática y/o peripancreática.
- Según su severidad:
 - Pancreatitis leve: esta clasificación se caracteriza por la ausencia de alguna falla de órgano acompañado de la ausencia de complicaciones locales.
 - Pancreatitis moderadamente severa: esta se define como una complicación con falla orgánica pero que se resuelve dentro de las primeras 48 horas y/o la presencia de alguna complicación local o

sistémica que no se asocie a la aparición de una falla orgánica que persista después de las 48 horas (persistente).

- Pancreatitis severa: definida por la persistencia de una falla orgánica (mayor a 48 horas de su aparición).

Para su diagnóstico es necesario conocer las manifestaciones clínicas. La aparición del dolor abdominal intenso y persistente nos puede llevar a pensar en esta patología. Este dolor inicia usualmente en el epigastrio, pudiendo irradiarse al cuadrante superior derecho en casos de etiología biliar y alcanzando el pico de dolor en un tiempo más reducido. Aproximadamente la mitad de los pacientes (50%) puede presentar un dolor irradiado hacia la espalda, denominado como “dolor en banda”. Lo que es más común, son la presencia de náuseas y vómitos más íleo paralítico llevando a la ausencia de ruidos hidroaéreos. En el caso presentado, el paciente presentaba tanto dolor en el epigastrio como dolor en el cuadrante superior derecho, es decir, manifestaba síntomas compatibles con la pancreatitis. Además, por la aparición brusca y la localización del dolor, asociado a una leve ictericia, hace sospechar de una etiología biliar (10, 11, 12).

Laboratorialmente, en la pancreatitis se da la elevación de enzimas y productos pancreatitis. Las dos enzimas que se elevan en mayor proporción y juegan un papel más importante son la amilasa y la lipasa (10).

La amilasa sérica posee un menor tiempo de vida media, aproximadamente de 10 horas, y su elevación puede durar entre 3 a 5 días post iniciada la pancreatitis. Esta enzima se eleva prontamente a las 6 a 12 horas. El punto de corte para el diagnóstico es su elevación mayor a tres veces el límite superior de su valor normal aportando un nivel de sensibilidad del 83% y de especificidad del 85% (10, 11).

Por otro lado, la lipasa sérica tiene una mayor sensibilidad y especificidad frente a la amilasa, llegando a un 99% en ambas mediciones. Esta se eleva entre las 4 a 8 horas después de que el paciente haya presentado los síntomas. Llega a tu pico a las 24 horas y regresa a su valor normal pasado los 14 días aproximadamente.

En el caso descrito, el paciente presentaba valores elevados de ambas enzimas (Amilasa: 2063 // Lipasa 3166), dolor característico y un resultado confirmatorio de imágenes (ecografía) de una litiasis múltiple vesicular asociado a una colangitis.

Para el tratamiento, el manejo inicial consiste en la reposición de líquidos junto con el manejo y control del dolor (12).

En la mayoría de los pacientes, excluyendo a los que presenten alguna comorbilidad que impida la reposición agresiva de líquidos como cardiopatías o nefropatías, se provee una hidratación de 5 a 10 ml/kg por hora de cristaloides (Suero fisiológico o Lactato Ringer) (10, 12). Es por ello, que, en este paciente hipertenso, se tomó el valor inferior de hidratación y se le aportó el 50%. Además, se realizó el manejo del dolor con Metamizol. Debido a que la etiología era biliar, se añadieron antibióticos para tratar la colangitis y la posterior referencia para la realización de la CPRE.

Caso Clínico N°4: Tuberculosis Pulmonar

La tuberculosis es una enfermedad que tiene como agente etiológico el *Mycobacterium tuberculosis*. A nivel global, la tuberculosis es una de las principales causas infecciosas de muerte en adultos (13). En 2021, en Perú, se notificaron 25 592 casos nuevos, 1 270 fallecimientos de pacientes en tratamiento y una morbilidad total de 26 437(14).

La fisiopatología de la tuberculosis se basa en el ingreso de las gotitas flugger (5-10 micrómetros) a las vías respiratorias, donde los macrófagos alveolares los fagocitan, es allí donde el patógeno, se reproduce y se traslada hacia otras zonas del cuerpo, principalmente a los ganglios locales. Debido al estado inflamatorio, se liberan citocinas y quimiocinas que atraen más células inflamatorias hacia la zona afectada, por lo cual, se forma el foco de Ghon en el parénquima pulmonar que al sumarle un ganglio local calcificado se convierte en el Complejo de Ranke (15).

Esta enfermedad puede presentarse clínicamente de manera focalizada y/o diseminada, esto depende de los factores de virulencia del agente (catalasa peroxidasa, dimicolato de trehalosa, ácido micólico, entre otros) y de las

condiciones del afectado (16). Dentro de sus síntomas principales se encuentran dolor torácico, tos, pérdida de peso, fatiga, sudoración nocturna, entre otros (17).

Según MINSA, para un correcto diagnóstico de esta patología se requiere la clínica, antecedente de exposición, comorbilidades más resultados del frotis, ya sea positivo o negativo. Asimismo, es importante clasificar al caso, ya sea paciente TB sensible, MDR y XDR a través de las pruebas de sensibilidad, puesto que, de ello depende del esquema a seguir (18).

El tratamiento de esta patología, como se describió en párrafos anteriores depende del tipo de caso a tratar; por ejemplo, si estamos frente a un caso de TB sensible, se da el esquema por 6 meses, repartido en 2 meses de isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol diario y 6 meses de isoniacida/ etambutol interdiario. En casos de MDR y XDR, varía el plan a seguir (18).

El presente caso describe a un paciente adulto mayor con síntomas sugerentes de tuberculosis pulmonar; hemoptisis, pérdida de peso, sudoración nocturna, fiebre. Sumado a ello, en la tomografía nos describe “nódulos espiculados e imagen de árbol en brote”, lo cual es sugerente de tuberculosis con afectación de las vías aéreas de bronquiolos terminales (17). Es importante recalcar que, estamos frente a un paciente con antecedente de DM2 sumado a TB pulmonar sin tratamiento regular, lo cual podría desencadenar a un caso de TB resistente, puesto que se cumpliría con los factores de riesgo requeridos (18).

Al examen físico, lo más resaltante es la saturación de oxígeno que presenta el paciente, ya que, pese a que se le está suministrando oxígeno a 12 litros por máscara de reservorio, la saturación está en 95%. Adicional a ello, a nivel de pulmones, evidenciamos leve tiraje intercostal, lo cual podría sugerirnos que el paciente persiste con dificultad respiratoria. También, encontramos murmullo vesicular disminuido más crépitos bibasales; es decir, es probable que estemos frente a un paciente sobreinfectado con un patógeno de origen bacteriano.

Es por ello que, siguiendo con la bibliografía se solicitó radiografía de tórax, hemograma y BK de esputo seriado 2 veces. Los resultados confirmaron los diagnósticos planteados (IRA tipo 1, Tuberculosis pulmonar, Neumonía bacteriana sobreagregada y Hemoptisis no activa). Por lo cual, se le agrega tratamiento antipseudomona endovenoso (Ceftazidima) porque como se sabe, la tuberculosis puede desencadenar a cavernas, las cuales se pueden infectar de hongos, bacterias, entre otros; sin embargo, por la clínica más los hallazgos se sospecha de un agente bacteriano. Además, se le agrega tratamiento específico para tuberculosis más oxígeno suplementario.

Rotación de Cirugía General

Caso Clínico N°5: Plastrón Apendicular

La apendicitis es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico. Se define como la inflamación del apéndice cecal debido a la obstrucción de la luz y que progresa a una infección. La etiología más común de la apendicitis son los fecalitos, mayormente en pacientes adultos. Sin embargo, también existen distintas causas de obstrucción, como parásitos, hiperplasia linfoidea, cuerpos extraños y demás (19).

Esta obstrucción genera en el intestino fases progresivas, iniciando con la fase congestiva donde se da la disminución del flujo linfático y venoso seguido con la dilatación y congestión del apéndice. Seguido de la fase supurada, ambas hasta ahora no complicadas, en la cual se da un proceso inflamatorio y la proliferación de bacterias, generando así el dolor localizado en fosa iliaca derecha (FID) y el signo de McBurney positivo. Finalmente, las dos últimas fases complicadas, la necrosada y la perforada. La fase necrosada presenta un bloqueo de la irrigación reduciendo así su perfusión y llevando a la isquemia, reflejando clínicamente como fiebre y laboratorialmente leucocitosis. La última fase, la perforada, donde se produce la peritonitis reflejándose clínicamente con dolor al rebote (19, 20, 21).

El plastrón apendicular es una masa que se forma posterior a la aparición de la apendicitis (no complicada), que lo conforma el apéndice inflamado

adosado por viseras y epiplón en su mayoría, que envuelven al apéndice. Este no contiene pus, caso contrario nos referiremos a un absceso (22).

La clínica del plastrón es un dolor en la fosa iliaca derecha que se asocia a fiebre de 1 a 3 días que después de ello remite usualmente tras la administración de un analgésico. Hasta este punto estaríamos presente a una apendicitis aguda sin tratamiento oportuno, que posteriormente el organismo controla de manera parcial generando un plastrón. Este se presenta como una masa en FID, evidenciable en el examen físico, acompañado de hallazgos laboratoriales como PCR elevado, leucocitosis, etc (21, 22).

Los exámenes de imágenes también son contributarios y diagnósticos para el plastrón apendicular, como en el caso presentado donde se realizó una ecografía abdominal y para su confirmación una tomografía abdominal, dando como conclusión el proceso apendicular adherido a vísceras y epiplón sin colección de líquido. Se cumple el tratamiento antibiótico indicado, el paciente presenta mejoría clínica y laboratorial, motivo por el cual es dado de alta (22).

Caso Clínico N°6: Colecistitis Aguda

Las enfermedades vesiculares representan un porcentaje importante en el servicio de emergencias quirúrgicas, caracterizándose por la inflamación de la pared vesicular (23).

La fisiopatología de esta enfermedad se basa en la obstrucción de la salida vesicular (litiasis biliar) en su mayoría. Una vez dada la obstrucción, usualmente por un litio, existen dos factores que definirán la progresión de la enfermedad, los cuales son el grado de obstrucción (parcial o completo) y la duración (menor o mayor a 30 minutos). De esta manera, si la oclusión de la luz es de manera parcial y de una corta duración, estaremos ante un cólico biliar. Caso contrario, si se presenta una oclusión completa y duradera, resultará en un aumento de la presión dentro de la vesícula, generando una irritación de esta, por consiguiente, una respuesta inflamatoria y esto llevando a una colecistitis aguda (CA) (23, 24).

Para el diagnóstico de la colecistitis aguda, iniciamos por la sospecha clínica evidenciando tanto los signos locales de inflamación como los signos

sistémicos. En cuanto a los locales, sospechamos de una CA frente a una masa o dolor abdominal ubicado en el cuadrante superior derecho o en el epigastrio de una duración mayor a 30 minutos y de tipo cólica. Podemos observar, además, un signo característico de las patologías vesiculares denominado el signo de Murphy o arresto inspiratorio. En cuanto a los signos de inflamación sistémica, tenemos a la leucocitosis, elevación de PCR y leucocitosis (24). En caso el paciente presente ambos signos de inflamación, como el caso clínico presentado, ya estaríamos ante la sospecha diagnóstica de una colecistitis aguda. Para la confirmación los exámenes de elección son la ecografía y la tomografía abdominal. En el caso se dispuso de una ecografía abdominal debido a que es el examen de mayor rentabilidad, teniendo una sensibilidad de 81% y especificidad de 83%, siendo recomendado por las Guías de Tokio del año 2018 (25).

Una vez confirmado el diagnóstico, y determinando el grado de severidad como leve (Grado I), se procede con la programación de la colecistectomía laparoscópica (COLELAP) temprana (26). La paciente soporta el proceso quirúrgico favorablemente. Los hallazgos operatorios se reafirmó el diagnóstico inicial de colecistitis aguda, y por el hallazgo de pus, en la hospitalización post quirúrgica se realizó una cobertura antibiótica (Ceftriaxona 1gr C/24 hrs + Metronidazol (1.5 gr C/24 hrs) ambos por vía Endovenosa) y con controles diarios de hemograma por 3 días (27). Durante los controles el paciente no presentó ninguna alteración patológica motivo por el cual fue dado de alta con un control en 5 días por Cirugía General.

Rotación de Ginecología y Obstetricia

Caso Clínico N°7: Preeclampsia sin signos de severidad

La preeclampsia pertenece a los trastornos hipertensivos del embarazo (THE), siendo ésta una de las más comunes y severas complicaciones que se presentan. Esta enfermedad multisistémica se caracteriza por el debut de una hipertensión arterial mayor de 140 mmHg de presión sistólica y/o 90 mmHg de presión diastólica y proteinuria, o la aparición de la hipertensión con una

falla de órgano con o sin proteinuria, dándose siempre en una gestación mayor a las 20 semanas. (28, 29)

En el Perú, los THE representan una de las principales causas de muerte materna y su incidencia se estima en un 4 a 11% de todos los embarazos en el territorio. Adicional a ello, representan la principal causa de internamiento en las Unidades de Cuidados Intensivos (28).

Existen factores de riesgo que predisponen la aparición de la preeclampsia, estos se dividen en factores de riesgo moderados: primer embarazo, edades extremas, intervalo intergenésico amplio, IMC mayor a 35 kg/m², multigesta, antecedentes familiares; y factores de riesgo altos, como: THE previo, enfermedad renal crónica, Lupus, Síndrome Antifosfolipídico, Diabetes mellitus, HTA crónica, etc. (28, 29, 30)

La clínica de la preeclampsia se traduce en su gran parte en signos y síntomas de alarma, por ejemplo, cefalea, escotomas, tinnitus, alteración del sensorio, disnea, etc. (28).

Por otro lado, los exámenes confirmatorios para el diagnóstico son la correcta toma de la presión arterial elevada, pero < 160 mmHg de sistólica y <110 mmHg y una proteinuria cualitativa presente o cuantitativa mayor o igual a 300 mg y menor 5 mg en 24 horas. (28, 30, 31)

A su vez, puede darse también una preeclampsia con signos de severidad, que se define tanto clínica como laboratorialmente, que van a reflejar un daño de órgano. Clínicamente, los signos de severidad son alteraciones neurológicas (cefalea, alteraciones visuales y/o auditivas, etc.), daño hepático (dolor persistente en epigastrio), edema pulmonar (disnea), etc. Además, se puede evidenciar una trombocitopenia (< 100 000), creatinina > 1.1 mg/dL y una elevación de las transaminasas (> 70 UI/L). En el caso presentado, el paciente no presentaba alguno de estos signos y/o síntomas de alarma, tanto clínica como en exámenes de laboratorio. (28, 29, 30)

En cuanto al manejo, en esta paciente al presentar una gestación mayor o igual a las 34 semanas, el objetivo fue culminar la gestación. Para ello, se tomaron las medidas iniciales, que se basan en la correcta hidratación

endovenosa del paciente asociado al control de la presión arterial. Para ello se indicó la toma de la presión arterial cada 60 minutos y un antihipertensivo condicional a valores de presión de severidad. Paralelamente, se gestionó la programación de la cesárea de emergencia, pues si bien la indicación principal es por vía vaginal, se optó por la cesárea debido al hallazgo de una pelvis estrecha (31).

Caso Clínico N°8: Ruptura Prematura de Membranas

La Ruptura Prematura de Membranas (RPM) es una patología obstétrica que se define por la ruptura de las membranas corioamnióticas de manera espontánea, en una gestación mayor a las 22 semanas, previo a la aparición de contracturas uterinas (previo al trabajo de parto) (32, 33).

Esta patología ocurre en más del 4% y menos del 18% de los partos, siendo la causa de la mitad de los partos pretérmino (33).

Si bien la fisiopatología no está completamente definida, existen factores de riesgo que generan la aparición de esta. Estos son, con mayor frecuencia, una infección del tracto urinario y/o genital, un antecedente de RPM, polihidramnios, colagenopatías, tabaquismo, entre otras (33).

La clínica del RPM consiste en la aparición súbita de un líquido transparente o de tinción amarillenta por vía vaginal. Este se caracteriza por un olor a "lejía", usualmente en una cantidad moderada que llega hasta las piernas. Se puede comprobar la presencia de líquido amniótico (LA) mediante el examen físico colocando a la paciente en posición de litotomía y, de manera espontánea, observar la salida de líquido amniótico por vía vaginal. La especuloscopia es un examen contributorio para evaluar la RPM, pidiéndole a la paciente que puje y observando así la salida del líquido (32, 33).

Además de la anamnesis y el examen físico, existen exámenes de laboratorio para diagnosticar la RPM. Las dos pruebas más rentables son el Test de Nitrazina y el Test de Helecho (32, 33):

- Test de Nitrazina: esta prueba consiste en determinar el pH del fondo del saco vaginal. El pH de la cavidad vaginal va de 4.5 a 5.5 aproximadamente, en comparación al pH del LA que va de 7 a 7.5. Si

el color del papel de Nitrazina se torna verde azulado no indicaría que el pH es aproximadamente 6, concluyendo como sugestivo a RPM. En cambio, si el papel se torna a color azul, representando un pH mayor a 6, nos da un resultado compatible con el RPM (32, 33).

- Test de Helecho: consiste en aplicar sobre una lámina portaobjetos secreción del orificio cervical y observar en el microscopio la presencia de cristales de NaCl en forma de helecho (32, 33).

En cuanto al tratamiento, este va a depender de acuerdo con dos factores principalmente, la edad gestacional y la presencia o ausencia de corioamnionitis. En este caso la paciente presenta una gestación de 36 semanas y 1 día por ecografía del primer trimestre, y a su vez no presenta ningún signo de infección (madre y feto) o de distress (feto). Por tal motivo, el manejo fue inducir el parto dentro de las 24 horas del diagnóstico. La paciente pasó a Centro Obstétrico donde se le realizó el monitoreo fetal con un Test Estresante, indicado para fetos mayores de 32 a 34 semanas (33, 34). Además, para asegurar el bienestar fetal se realizó la ecografía obstétrica y una ecografía doppler, las cuales también salieron con valores favorables. Para reducir la mortalidad materna, se inició la profilaxis antibiótica, la cual está indicada después de las 06 horas de producido la ruptura prematura de membranas. Los fármacos de elección son la Ampicilina o la Cefalosporina de primera generación. En esta oportunidad se indicó la Ampicilina 1gr C/6 hrs (33). Por otro lado, se dio la maduración cervical con Oxitocina corroborando la viabilidad del parto vaginal con el test estresante. Se atendió el parto sin ninguna complicación, los análisis laboratoriales no presentaron alteraciones y la paciente presentó una evolución favorable hasta el alta.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico es, no solamente el último año de estudios, sino una etapa fundamental para la consolidación como futuro médico cirujano. En esta ocasión, se dieron cambios en su estructura a comparación del “clásico internado médico”. Debido a la pandemia del COVID - 19, el internado sufrió un recorte en su duración, pasando de 12 meses a solamente 10. A su vez, ya no se dio exclusivamente en hospitales de alto nivel, sino que también se dieron rotaciones por establecimientos de salud de primer nivel. Estos cambios trajeron tanto beneficios como algunas desventajas.

El contacto con el trabajo en primer nivel dio a los estudiantes la experiencia de tratar y manejar patologías cotidianas, que resultan de gran ayuda en el desenvolvimiento como médicos en el Serums. Esta rotación nos acerca a la realidad de nuestro país, pues en la gran mayoría de hospitales se cuenta con fármacos y material adecuado para poder tratar a los pacientes, caso contrario en centros de primer nivel. Además de ello, una labor fundamental de todo médico es la prevención y promoción de la salud, objetivo el cual en esta nueva rotación se pudo poner en práctica.

En el Hospital de Emergencias de Villa El Salvador, un hospital de referencia para la DIRIS SUR, el interno de medicina aprende a manejar patologías complejas en las rotaciones por las cuatro grandes especialidades. Los servicios de hospitalización contribuyen en nuestra formación pues se puede observar la historia natural de las enfermedades y su correcto manejo de la mano de los asistentes y médicos residentes. En los servicios de emergencia, el estudiante se enfrenta a situaciones reales donde es necesario tomar decisiones.

Las funciones del interno de medicina abarcan desde la realización de historias clínicas hasta procedimientos avanzados como paracentesis evacuatorias, biopsias y apoyo en sala de operaciones. Todo esto de la mano de los asistentes y residentes, quienes a parte de la función médica cumplen con la noble labor académica de sus futuros colegas. Sin embargo, los aprendizajes no solamente vinieron del personal médico, sino también de enfermeras y técnicos que cumplen una labor esencial. El hospital, tuvo un

enfoque actualizado de la enseñanza, con un departamento de docencia que estuvo monitoreando y mejorando los métodos de aprendizaje junto con la implementación de clases semanales y preparación para el ENAM.

La integración de estudiantes de diversas universidades hace del internado un espacio de aprendizaje conjunto, que en el HEVES, se sintió el apoyo en masa de todos los estudiantes haciendo de lado diferencias ideológicas, sociales y económicas, formando en conjunto una familia.

Lamentablemente, el trabajo ejercido por el interno de medicina no es justamente remunerado. El sueldo como interno asciende a los S/.400.00 mensuales, lo cual está muy por debajo del sueldo mínimo. En algunos casos, los internos no tienen una remuneración económica durante toda su duración, esto por la falta de plazas remuneradas, cambio de DIRIS con el fin de obtener una plaza de mejor condición, entre otras razones. Esto trae consigo repercusiones en la salud mental del estudiante, pues si bien la recompensa emocional de atender al paciente y los conocimientos teóricos y prácticos aplicados son incalculables, los gastos como alimentación, transporte, equipo de seguridad y demás sobrepasan considerablemente el monto de remuneración que reciben los estudiantes de último año.

Este año es considerado como el más difícil de la carrera, y con justa razón, teniendo un horario de lunes a domingo de 7am a 7pm, guardias de 36 horas, 3 a 4 horas de sueño por día sumado al estrés del trabajo asistencial terminan siendo una experiencia agotadora para cualquier persona. Sin embargo, una vez concluido el internado, uno puede entender lo valioso de esta experiencia, pues las vivencias que transcurrieron durante este tiempo tienen un valor incalculable.

CONCLUSIONES

1. El internado médico es el año más importante de la carrera de medicina humana, pues es donde el estudiante desarrolla sus habilidades, pone en práctica lo aprendido en los años anteriores y adquiere nuevos conocimientos y capacidades.
2. La rotación tanto por Hospitales como en Centros de Salud de Primer Nivel son un complemento idóneo para una mejor formación. La atención en Primer Nivel capacita al interno para el manejo de patologías cotidianas y aporta experiencia para un mejor desempeño en el SERUMS.
3. La duración de las rotaciones establecidas por el MINSA, repartidas en 5 meses en Hospitales y 5 meses en Atención de Primer Nivel, no favorece el aprendizaje del estudiante durante las rotaciones por las 4 grandes especialidades. El tiempo por cada rotación se reduce a 1 mes y 1 semana, tiempo insuficiente para consolidar aprendizaje y recaudar la experiencia necesaria. Por ello, se podría concluir que, la división de 8 meses por Hospitales y 2 meses en Primer Nivel, como en el caso de quién presenta, resultó de mucho mayor provecho, pues da 2 meses de duración por cada rotación.
4. La rotación por Centros de Salud de Primer Nivel aportan al estudiante un contacto más cercano con el paciente, fomentan la cultura de promoción y prevención de la salud, permitiendo vivir más de cerca la realidad del país. Definitivamente, es una rotación de provecho, que contribuye a la formación del futuro médico y brinda capacidades las cuales serán de suma utilidad en el desarrollo como médico general.
5. Las sedes hospitalarias como centros de rotación, sigue siendo de vital importancia en cuanto al desarrollo de competencias del futuro médico. Esto debido a que, existe mayor afluencia poblacional, por lo cual hay mayor número de patologías a observar. Además, al ser centros de mayor

complejidad, poseen equipo necesario para un diagnóstico y tratamiento oportuno para las enfermedades más complejas. En adición, puede darle un mejor seguimiento a su paciente desde el ingreso hasta el alta médica, de esta manera, se pueden consolidar los conocimientos de manera más integral.

6. El apoyo constante de los tutores en los distintos establecimientos de salud resulta en un papel fundamental para el interno de medicina, el cual realiza sus actividades bajo su guía y orientación, a través de clases teóricas y prácticas, seminarios, exposición de casos clínicos, discusión de revistas, entre otras actividades. Esto permitió que los estudiantes tengan un mayor nivel de participación en procedimientos ambulatorios y/o quirúrgicos.

7. Uno de los papeles fundamentales del internado es la adquisición de confianza y la habilidad para el manejo adecuado de los pacientes, lo cual se adquiere a través de experiencia, que se puede ver afectada por los horarios establecidos por las Normas Técnicas aprobadas por el MINSA para el desarrollo del Internado. Por ello, en la gran mayoría de casos se realizan jornadas adicionales por voluntad del interno, puesto que prevalecía el interés de aprender en beneficio personal y para con la comunidad.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a los estudiantes de medicina que al pasar a su internado médico tengan la responsabilidad y actitud para aprender, trabajar y cuidar de sus pacientes.
2. Se recomienda a los estudiantes de Ciencias Básicas y Clínicas de la carrera continuar estudiando con un enfoque científico basado en evidencia para un desempeño adecuado para con sus pacientes, no solo para aprobar los exámenes de la carrera.
3. A los internos, a estudiar cada patología que manejen durante el desarrollo de este último año, a investigar adicionalmente en revistas médicas, guías y artículos médicos, no limitarse a una sola fuente de información. A su vez, aprender acerca de la importancia de la relación médico-paciente y ver a sus pacientes con un interés real acerca de lo que padece, no solo en la esfera de atención sanitaria sino de una manera más integral.
4. A los estudiantes de medicina, a participar de cada procedimiento, análisis clínico, debate médico y cualquier otra actividad médica, pues esto tendrá una notoria contribución en su formación como médico cirujano.
5. A las Universidades, a seguir brindando apoyo a sus estudiantes a través de la obtención de plazas para el desarrollo del internado médico, brindando cada vez más herramientas de estudio y un apoyo constante con la preparación para el ENAM.
6. Uniformizar el uso de la tecnología en todos los hospitales y centros de salud, tomando como ejemplo los hospitales más modernos como el Hospital de Emergencia de Villa El Salvador. Mediante esta digitalización, se brinda una mejor atención a los pacientes y se facilita el trabajo asistencial, pudiendo priorizar el buen trato y empatía con los pacientes.

7. Siendo el internado la etapa más importante de la carrera, es necesario ampliar su duración, recomendando retomar la duración a 12 meses, como se realizaba en años anteriores a la pandemia.

8. Por último, si bien el desarrollo del internado en el primer nivel brinda oportunidades de aprender acerca de la promoción y prevención de la salud, procesos administrativos, diagnóstico oportuno con herramientas escasas, entre otros; el tiempo otorgado de 5 meses puede ser perjudicial para el interno, ya que como se mencionó, la base angular de aprendizaje del internado sigue siendo en el ámbito hospitalario. Es por ello, recomendar una duración de 2 meses de rotación por los Centros de Primer Nivel.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. López J. Documento Técnico “Directivas Administrativas para el Desarrollo de Actividades del Internado de Ciencias de Salud 2022” [Internet]. Ministerio de Salud; 2022 [citado el 27 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/2987398-351-2022-minsa>
2. Información institucional - Hospital de Emergencias Villa El Salvador - Plataforma del Estado Peruano [Internet]. [citado 26 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/heves/institucional>
3. Clinical features and evaluation of febrile seizures - UpToDate [Internet]. [citado 26 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-evaluation-of-febrile-seizures/print?search=clinical-features-and-evaluation-of-febrile-seizures&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
4. García Ron A, Arriola Pereda G, Clínico San Carlos Madrid H, Ron G. Convulsiones febriles. [cited 2023 Apr 26]; Available from: www.aeped.es/protocolos/
5. Aporte de fluidos en el paciente pediátrico hospitalizado. PDF.
6. Urinary tract infections in children: Epidemiology and risk factors - UpToDate [Internet]. [cited 2023 Apr 26]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-in-children-epidemiology-and-risk-factors?search=urinary-tract-infections-in-children-epidemiology-and-risk-factors&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

7. Ramírez F, Exeni A, Alconcher L, Coccia P, et al. Guía para el diagnóstico, estudio y tratamiento de la infección urinaria: actualización 2022. Arch Argent Pediatr 2022;120(5):S69-S87.
8. Urinary tract infections in infants and children older than one month: Clinical features and diagnosis - UpToDate [Internet]. [cited 2023 Apr 26]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-in-infants-and-children-older-than-one-month-clinical-features-and-diagnosis/print?search=urinary-tract-infections-in-infants-and-children-older-than-one-month-clinical-features-and-diagnosis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
9. Pineiro Pérez R, et al. Recomendaciones sobre el diagnóstico y tratamiento de la infección urinaria. An Pediatr (Barc). 2019. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.02.009>
10. Clinical manifestations and diagnosis of acute pancreatitis - UpToDate [Internet]. [cited 2023 Apr 26]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis/print?search=clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
11. Etiology of acute pancreatitis - UpToDate [Internet]. [cited 2023 Apr 26]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/etiology-of-acute-pancreatitis/print?search=%2Fetiology-of-acute-pancreatitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

12. Álvarez-Aguilar Pablo Andrés, Dobles-Ramírez Carlos Tobías. Pancreatitis aguda: fisiopatología y manejo inicial. Acta méd. costarric [Internet]. 2019 Mar [cited 2023 Apr 27]; 61(1): 13-21. Available from:
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022019000100013&lng=en.
13. Tuberculosis: Natural history, microbiology, and pathogenesis - UpToDate [Internet]. [cited 2023 Apr 27]. Available from:
https://www.uptodate.com/contents/tuberculosis-natural-history-microbiology-and-pathogenesis/print?search=tuberculosis-natural-history-microbiology-and-pathogenesis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
14. MINSA - DPCTB :: Portal de Información [Internet]. [cited 2023 Apr 27]. Available from:
<http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/DashboardDPCTB/PerfilTB.aspx>
15. Kumar V, Abbas A, Aster J. Robbins Patología Humana. España; Elsevier; 2018
16. Orgeur M, Brosch R. Evolución de la virulencia en el complejo Mycobacterium tuberculosis. Curr Opin Microbiol 2018; 41:68.
17. Clinical manifestations and complications of pulmonary tuberculosis - UpToDate [Internet]. [cited 2023 Apr 27]. Available from:
https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-complications-of-pulmonary-tuberculosis/print?search=clinical-manifestations-and-complications-of-pulmonary-tuberculosis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

18. Pessah S. Resolución Ministerial “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis” [Internet]. Ministerio de Salud; 2018 [citado el 27 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/186788-752-2018-minsa>
19. 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 28]; 41 (1): 33-38. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033&lng=es. Epub 02-Oct-2020.
20. Abelardo Murúa-Millán O, Martha Adriana González-Fernández D. Apendicitis aguda: anatomía normal, hallazgos por imagen y abordaje diagnóstico radiológico Acute appendicitis: normal anatomy, imaging findings and radiological diagnostic approach. Rev Med UAS [Internet]. [cited 2023 Apr 27];10(4):2020. Available from: <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v10.n4.008>
21. Garro Urbina V, Rojas Vázquez S, Thuel Gutiérrez M. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencias. Revista Médica Sinergia. 2019 Dec 1;4(12):e316.
22. Rodríguez Fernández Zenén. Consideraciones actuales concernientes al tratamiento del plastrón apendicular. Rev Cubana Cir [Internet]. 2021 Sep [citado 2023 Abr 28]; 60(3): e1117. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932021000300010&lng=es. Epub 01-Sep-2021.

23. Acute calculous cholecystitis: Clinical features and diagnosis - UpToDate [Internet]. [cited 2023 Apr 27]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis/print?search=colcistitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~131&usage_type=default&display_rank=1
24. Guzmán Calderón Edson, Carrera-Acosta Lourdes, Aranzabal Durand Susana, Espinoza Rivera Saúl, Trujillo Loli Yeray, Cruzalegui Gómez Ricardo et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la colelitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis en el Seguro Social del Perú (EsSalud). Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2022 Enero [citado 2023 Abr 28]; 42 (1): 58-69. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292022000100058&lng=es. Epub 01-Jul-2022. <http://dx.doi.org/10.47892/rgp.2022.421.1379>.
25. Yokoe M, Hata J, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Wakabayashi G, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018 Jan 1;25(1):41–54.
26. Okamoto K, Suzuki K, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Endo I, et al. Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018 Jan 1;25(1):55–72.
27. Gomi H, Solomkin JS, Schlossberg D, Okamoto K, Takada T, Strasberg SM, et al. Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018 Jan 1;25(1):3–16.
28. Trastornos Hipertensivos del Embarazo. En: Guías de Práctica Clínica y de procedimientos de Obstetricia y Perinatología. Instituto Nacional Materno Perinatal; 2018. p. 110–5.

29. Kimberly D, Sánchez H. Preeclampsia. REVISTA MEDICA SINERGIA. 2018;3(3):8–12.
30. Pereira Calvo J, Pereira Rodríguez Y, Quirós Figueroa L. Actualización en preeclampsia. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de enero de 2020 [citado 28 de abril de 2023];5(1):e340. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/340>
31. Díaz C. Resolución de Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación “Guía Práctica Clínica para la prevención y manejo de la enfermedad hipertensiva del embarazo” [Internet]. EsSalud; 2021 [citado el 27 de abril de 2023]. Disponible en: https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2021/11/GPC-EHE_Version-Corta.pdf
32. Orias M. Ruptura prematura de membranas. Revista Médica Sinergia. 2020;5(11):606.
33. Ruptura Prematura de Membranas. En: Guías de Práctica Clínica y de procedimientos de Obstetricia y Perinatología. Instituto Nacional Materno Perinatal; 2018. p. 110–5.
34. Gutiérrez Ramos Miguel. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Rev. Perú. ginecol. obstet. [Internet]. 2018 Jul [citado 2023 Abr 25]; 64 (3): 405-414. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300014&lng=es.