



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DURANTE EL INTERNADO MÉDICO 2022,
REALIZADO EN HOSPITALES Y CENTRO DE SALUD DEL
MINSA 2022, LIMA PERÚ**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

PAOLO EFRAÍN VENTURI UGARTE

ASESOR

FERNANDO LIBERATO FELLES

LIMA - PERÚ

2023



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada

CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DURANTE EL INTERNADO MÉDICO 2022, REALIZADO EN
HOSPITALES Y CENTRO DE SALUD DEL MINSA 2022, LIMA PERÚ**

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

PRESENTADO POR

PAOLO EFRAÍN VENTURI UGARTE

ASESOR

MG. FERNANDO, LIBERATO FELLES

LIMA, PERÚ

2023

JURADO

Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Dr. Johandi Delgado Quispe

Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

A mi abuelo quien hizo posible que mi sueño se hiciera realidad.

A mi familia por ser mi apoyo incondicional.

A mí mismo por luchar y no rendirme.

ÍNDICE

Contenido

| | |
|--|-----------|
| JURADO..... | i |
| DEDICATORIA..... | ii |
| RESUMEN..... | v |
| ABSTRACT..... | vii |
| INTRODUCCIÓN..... | x |
| CAPITULO 1: TRAYECTORIA PROFESIONAL..... | 1 |
| Rotación de Ginecología y Obstetricia..... | 1 |
| Caso clínico 1: Hemorragia Post Parto..... | 1 |
| Caso Clínico 2: Hemorragia Uterina Anormal..... | 2 |
| Rotación de Pediatría..... | 3 |
| Caso Clínico 1: Enfermedad Diarreica Aguda Infantil..... | 3 |
| Caso Clínico 2: Crisis Febril..... | 4 |
| Rotación de Cirugía General..... | 5 |
| Caso Clínico 1: Abdomen agudo..... | 6 |
| Caso Clínico 2: Infección de sitio operatorio..... | 7 |
| Rotación de Medicina Interna..... | 8 |
| Caso Clínico 1: COVID-19..... | 8 |
| Caso Clínico 2: Sepsis..... | 9 |
| CAPÍTULO 2: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA..... | 11 |
| CAPÍTULO 3: APLICACIÓN PROFESIONAL..... | 13 |
| Rotación de Ginecología y Obstetricia..... | 13 |
| Hemorragia postparto (HPP) CIE-10 O72.0..... | 13 |
| Hemorragia uterina anormal (HUA) CIE 10 N92..... | 15 |
| Rotación en Pediatría..... | 17 |
| Enfermedad diarreica aguda (EDA) CIE-10 A09..... | 17 |
| Crisis Febril CIE-10 R56.0..... | 19 |
| Rotación de Cirugía..... | 20 |
| Abdomen agudo CIE-10 K56.1..... | 20 |
| Infección de sitio operatorio CIE-10 T81.4..... | 23 |
| Rotación de Medicina Interna..... | 24 |
| COVID-19 CIE10 U07.1..... | 24 |
| Sepsis CIE10 A41.9..... | 26 |
| CAPÍTULO 4: REFLEXIÓN CRÍTICA..... | 28 |

| | |
|------------------------------|----|
| CONCLUSIONES..... | 29 |
| RECOMENDACIONES | 29 |
| FUENTES DE INFORMACIÓN | 31 |

RESUMEN

Introducción: El internado médico es la etapa final en la carrera de medicina humana. Es aquí donde el futuro profesional consolida habilidades prácticas y teóricas, y forma un perfil ético y moral. Se desarrolla en rotaciones por las especialidades de medicina interna, pediatría, cirugía general y ginecología y obstetricia en los servicios de hospitalización, emergencias y consultorio externo. Este trabajo expone patologías frecuentes en los servicios mencionados y una aplicación clínica de las patologías expuestas.

Objetivo: Exponer las experiencias durante el internado médico a través de casos clínicos y consolidar conocimientos mediante un análisis clínico del manejo de estas patologías.

Metodología: Se recopiló información de 2 casos clínico por especialidad revisando la historia clínica de pacientes atendidos en los hospitales donde se realizó el internado.

Resultados: en la rotación de ginecología se presenta el caso de una gestante de 32 años con diagnóstico de ingreso de trabajo de parto fase activa, diagnóstico final: atonía uterina; y el caso de una paciente de 36 años con diagnóstico de ingreso de hemorragia uterina anormal, diagnóstico final mioma submucoso. En la rotación de pediatría se presenta el caso de un paciente varón de 2 años con diagnóstico de ingreso de diarrea aguda infecciosa con signos de deshidratación, diagnóstico final diarrea aguda infecciosa sin signos de deshidratación y el caso de un paciente varón de 1 año 6 meses con diagnóstico de ingreso de síndrome febril, diagnóstico de alta convulsión febril simple. En la rotación de cirugía general se presenta el caso de una paciente mujer de 38 años con diagnóstico de ingreso de abdomen agudo, diagnóstico final obstrucción intestinal y el caso de un paciente de 65 años con diagnóstico de ingreso de fiebre post operatoria, diagnóstico de alta infección de sitio operatorio. Por último, en la rotación de medicina interna se presenta el caso de un paciente varón de 72 años con diagnóstico de ingreso de infección respiratoria alta, diagnóstico de alta COVID-19 y el caso de una paciente mujer de 75 años con diagnóstico de ingreso de neumonía adquirida en la comunidad, diagnóstico de alta sepsis.

Conclusiones: El internado médico es una etapa crucial del estudiante de medicina para su consolidación como médico cirujano general.

Palabras clave: Internado Médico, Actividad Clínica, Medicina Interna, Obstetricia, Pediatría, Cirugía general.

ABSTRACT

Introduction: The medical internship is the final stage in the career of human medicine. It is here that the future professional consolidates practical and theoretical skills, and develops an ethical and moral profile. It involves rotations in the specialties of internal medicine, pediatrics, general surgery, and gynecology and obstetrics in hospitalization, emergency room, and outpatient clinics. This work presents frequent clinical cases in the mentioned services and a brief practical application of the presented pathologies.

Objective: To present the experiences during the medical internship through clinical cases and consolidate knowledge through a review of the management of these pathologies.

Methodology: Information was collected from 2 clinical cases per specialty by reviewing the medical history of patients treated in the hospitals where the internship was conducted.

Results: In the gynecology rotation, we present the case of a 32-year-old pregnant woman admitted with a diagnosis of second stage labor and a final diagnosis of uterine atony, and the case of a 36-year-old patient admitted with a diagnosis of abnormal uterine bleeding and a final diagnosis of submucosal fibroid. In the pediatrics rotation, we present the case of a 2-year-old male patient admitted with a diagnosis of acute infectious diarrhea with signs of dehydration, and a final diagnosis of acute infectious diarrhea without signs of dehydration. Additionally, we have the case of a 1-year-6-month-old male patient admitted with a diagnosis of febrile syndrome, and a final diagnosis of simple febrile seizure. In the general surgery rotation, we present the case of a 38-year-old female patient admitted with a diagnosis of acute abdomen, and a final diagnosis of intestinal obstruction. and the case of a 65-year-old patient admitted with a diagnosis of postoperative fever, and a final diagnosis of surgical site infection. Lastly, in the internal medicine rotation, we present the case of a 72-year-old male patient admitted with a diagnosis of upper respiratory tract infection, and a final diagnosis of COVID-19 and the case of a 75-year-old female patient admitted with a diagnosis of community-acquired pneumonia, and a final diagnosis of sepsis

Conclusions: The medical internship is a crucial stage for medical students in their consolidation as general surgeons.

Keywords: Medical Internship, Clinical Activity, Internal Medicine, Obstetrics, Pediatrics, General Surgery.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DURANTE EL INTERNADO
MÉDICO 2022, REALIZADO EN HOSPITA
LES Y CENTRO DE SALUD DEL MINSA 20**

AUTOR

PAOLO EFRAÍN VENTURI UGARTE

RECuento DE PALABRAS

10438 Words

RECuento DE CARACTERES

62803 Characters

RECuento DE PÁGINAS

45 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

97.6KB

FECHA DE ENTREGA

May 16, 2023 2:42 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

May 16, 2023 2:44 PM GMT-5

● **14% de similitud general**

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

- 14% Base de datos de Internet
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Cross

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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

Mg. FERNANDO, LIBERATO FELLES

ASESOR

DNI: 06183815

ORCID: 0009-0000-3160-8156

Resumen

ORCID: [HTTPS://ORCID.ORG/0009-0000-3160-8156](https://orcid.org/0009-0000-3160-8156)

INTRODUCCIÓN

El internado médico es el último año de la carrera de medicina, donde el estudiante o “interno” pone en práctica los conocimientos y habilidades aprendidas durante la carrera. Es la etapa final antes del ejercicio de la profesión, por lo tanto, tiene como objetivo afinar aspectos académicos, prácticos, éticos y morales.

El 15 de mayo del 2022 el Ministerio de Salud publicó el documento “Directivas Administrativas para el Desarrollo de Actividades del Internado de Ciencias de Salud 2022” donde se reúnen las especificaciones para la realización del internado 2022. (1)

En este documento se menciona que el internado se desarrollará en establecimientos de segundo y tercer nivel de atención. Además, a diferencia de otros años, se agregó que parte de las actividades habrían de ser realizadas en establecimientos del primer nivel de atención.

El documento también estableció que el horario debería cumplir con la jornada máxima de 6 horas diarias, 36 horas semanales o 150 horas mensuales. Pudiendo ser dividido en jornadas de 6 horas de lunes a sábado con la posibilidad de una jornada semanal de 12 horas continuas.

El internado está típicamente dividido en 4 rotaciones medicina interna, pediatría, cirugía general y ginecología y obstetricia. Generalmente se desarrollan actividades en los servicios de hospitalización y emergencia. Sin embargo, debido a los cambios ocurridos por la pandemia, las actividades en los establecimientos de primer nivel se desarrollan en consulta externa.

En este trabajo se seleccionaron casos clínicos de patologías frecuentes en el campo de cada especialidad, teniendo en cuenta aquellas que requerían conocimiento preciso y especializado en el momento agudo de la enfermedad. Para su selección, se tomó en cuenta también, la importancia del diagnóstico, manejo inmediato y tratamiento de estas patologías en el SERUMS, que es la

etapa posterior al internado y para muchos, la primera experiencia profesional como médicos.

Los casos clínicos fueron recopilados del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima (INMP), Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), Hospital Nacional Sergio E. Bernales (HNSEB) y del Centro de Salud Breña de Lima Perú.

CAPITULO 1: TRAYECTORIA PROFESIONAL

Rotación de Ginecología y Obstetricia

Caso clínico 1: Hemorragia Post Parto

Paciente de 32 años con gestación a término. Refiere desde hace 4 horas aumento de la frecuencia e intensidad de contracciones uterinas, percibe movimientos fetales, niega sangrado vía vaginal. Hace 1 hora presentó pérdida de líquido amniótico por lo que acude a emergencias.

Antecedentes: Patológicos: niega. Alergias: niega. Quirúrgicos: legrado uterino (2020), cesárea (2021) por macrosomía fetal. Periodo intergenésico: 14 meses.

Examen físico: Funciones vitales: presión arterial 100/70 mmHg, frecuencia cardíaca 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 16 respiraciones por minuto, temperatura 37°C, peso: 80 kg, talla: 170 cm. Piel y mucosas: piel térmica, hidratada, elástica, Llenado capilar menor a 2 segundos. Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos sobreagregados. Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, buena intensidad, no soplos. Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, útero grávido. Neurológico: despierta, lucida, orientada en tiempo espacio y persona.

Examen obstétrico: situación: longitudinal, posición: izquierda, presentación: cefálica. Tacto vaginal: dilatación 6 cm, incorporación 100%. altura de presentación: -3. Altura uterina 33 cm. Latidos cardíacos fetales 150 latidos por minuto, variedad de presentación: occipito iliaca derecha posterior.

Diagnóstico: Multigesta (G4P2012.) gestación única de 39 semanas 5 días, trabajo de parto fase activa.

Se realiza atención de parto vía vaginal y alumbramiento dirigido. Inmediatamente después de la salida de la placenta se palpa útero blando, aumentado de tamaño y sangrado vaginal abundante. Se hace diagnóstico de hemorragia postparto por atonía uterina y se activa clave roja.

Se realiza la evaluación ABCD, se examina el canal del parto descartando lesiones en cuello, vagina y región perineal, se comprueba integridad de la placenta. Se inicia masaje uterino externo. Se coloca oxígeno al 100%. Se indica infusión de 500cc de lactato de ringer previamente llevado a 39°C en 5 minutos. Se indica goteo de oxitocina 40 UI a 40 gotas por minuto y se coloca ergometrina 0.2 mg IM.

Reevaluación inmediata: Funciones vitales: frecuencia cardiaca 98 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 18 por minuto, presión arterial 110/70 mmHg, saturación de oxígeno 100% con cánula binasal, temperatura 36.5°C. Examen físico: se palpa útero contraído, escaso sangrado vaginal. Se realiza nuevamente revisión de canal del parto y se descartan lesiones, se continua con masaje uterino y se extraen coágulos. Se indica reducción del aporte de oxígeno a 3L y oxitocina 40 UI a 30 gotas por minuto vía endovenosa. Se deriva a cuidados intermedios.

Caso Clínico 2: Hemorragia Uterina Anormal

Paciente mujer de 36 años, acude a emergencias por presentar sangrado menstrual desde hace 10 días, hace 2 días nota aumento del volumen del sangrado y dolor tipo opresivo en hipogastrio.

Antecedentes: Patológicos: obesidad (actual) niega. Quirúrgicos: niega. Alergias: niega. Hace 1 mes visitó la emergencia por episodio similar manejado medicamente.

Funciones vitales: frecuencia cardiaca 110 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 18 por minuto, presión arterial 100/60 mmHg, saturación de oxígeno 96%, temperatura 37°C.

Examen físico: Piel y mucosas: piel térmica, hidratada, elástica, Llenado capilar menor a 2 segundos, palidez de piel y mucosas moderada, no cianosis. Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos sobreagregados. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, taquicárdicos no soplos. Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes. Genitales: presencia de sangre en genitales externos,

sangrado activo moderado. Neurológico: despierta, lucida, orientada en tiempo espacio y persona.

Laboratorio: gonadotropina coriónica humana 0.4 mUI/ml, hemoglobina 10.1 g/dl.

Ecografía transvaginal: lesión sólida de 2.5 x 3 cm en pared lateral de útero, 80% de la lesión en cavidad uterina. Endometrio sin alteraciones.

Diagnóstico: 1. Hemorragia uterina anormal, 2. Mioma submucoso (tipo 1 según FIGO), 3. Anemia moderada.

Se realiza manejo inicial "ABCDE". Se canalizan 2 vías periféricas. Se administra etinilestradiol vía oral 100 mcg. Reevaluación: sangrado vaginal activo. Se indica ácido tranexámico 1000mg endovenoso. Sangrado vaginal activo continua.

Se decide realizar una miomectomía histeroscópica de emergencia. Paciente evoluciona favorablemente, no presenta sangrado 2 días después de la cirugía. Es dada de alta.

Rotación de Pediatría

Caso Clínico 1: Enfermedad Diarreica Aguda Infantil

Paciente varón de 2 años acompañado por madre. Refiere que 3 días antes del ingreso presentó 3 deposiciones líquidas, sin sangre. 2 días antes del ingreso madre refiere fiebre 38°C que cede con paracetamol, disminución del apetito, decaimiento, 5 deposiciones líquidas sin sangre. 1 día antes del ingreso fiebre 38°C, 5 deposiciones líquidas y 3 vómitos por lo que no quiso recibir alimentos. 3 horas antes de ingreso madre nota debilidad general, hipoactividad, imposibilidad para ponerse de pie y tendencia al sueño por lo que acude a emergencias.

Antecedentes: personales: vacunas completas para la edad, niega alergias a medicamentos. Epidemiológicos: hermano mayor con proceso diarreico hace 1 semana, niega ingesta de comidas en la calle.

Examen físico: Paciente irritable, llanto débil, calma en brazos de madre. Frecuencia respiratoria 22 respiraciones por minuto, frecuencia cardiaca 100

latidos por minuto, temperatura 37.2° C, talla: 86 cm, peso 11.5 kilogramos. Piel y mucosas: térmica, llenado capilar menor de 2 segundos, signo del pliegue lento, mucosa oral seca, ojos hundidos. Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, levemente aumentado en intensidad, no soplos. Abdomen: globulosos, ruidos hidroaéreos aumentados, blando, depresible, no aparenta dolor a la palpación. Neurológico: irritable, reactivo a estímulos, calma en brazos de madre.

Diagnóstico: 1. Enfermedad diarreica aguda con signos de deshidratación.

Se inicia plan B de rehidratación. Se prueba tolerancia oral con 5 cc de suero de rehidratación oral cada 5 min. Paciente presenta vómitos en segunda toma por lo que se decide rehidratación endovenosa. Se indican 1000 cc de NaCl 0.9% endovenoso en 4 horas, ondansetron 1.1 mg endovenoso. Monitoreo continuo.

Reevaluación: no se reportaron interurrencias. Frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto, frecuencia cardiaca 95 latidos por minuto, temperatura 37°C. Piel y mucosas: térmica, llenado capilar menor de 2 segundos, signo del pliegue negativo, mucosa oral húmeda, ojos no hundidos. Neurológico: despierto, conectado con entorno, reactivo a estímulos. Resto de sistemas sin alteraciones.

Se confirma tolerancia oral a líquidos. Se indican reposición de volumen con suero de rehidratación oral por cada pérdida, continuar alimentación normal, suplemento de zinc 20 mg una vez al día por 2 semanas y se explican signos de alarma. Se brinda alta.

Caso Clínico 2: Crisis Febril

Paciente varón de 1 año 6 meses acompañado de madre. Familiar refiere que 2 días antes del ingreso paciente presentó tos, congestión nasal, rinorrea y temperatura de 38°C por lo que administra 10 gotas de paracetamol sin observar disminución de la temperatura. 1 día antes del ingreso paciente presenta misma clínica, temperatura de 39°C y se administran 10 gotas de paracetamol que no logran disminuir la fiebre. 2 horas antes del ingreso paciente presenta temperatura 40.5°C, irritabilidad, hiporexia y se administran 10 gotas de

paracetamol. Debido a que la temperatura no disminuye decide acudir a emergencias. En sala de espera paciente presenta episodio de convulsión tónico-clónica generalizada, de 2 minutos aproximadamente por lo que se brinda atención en tópico de pediatría.

Antecedentes: niega episodios similares anteriormente, niega alergias a medicamentos, cartilla de vacunación con vacunas completas para la edad. Familiares: niega crisis febriles en padres o hermanos. Epidemiológicos: proceso respiratorio en padres hace aproximadamente 10 días.

Reporte tópico de pediatría: paciente ingresa con convulsión tónico-clónica generalizada. Frecuencia cardiaca 120 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 24 por minuto, saturación de oxígeno 87%, temperatura 40.5°C. Se coloca a paciente en posición semi incorporada para asegurar vía aérea, se coloca cánula binasal con oxígeno 100% a 10 litros. Hemoglucotest 95 mg/dl. Convulsiones continúan 3 minutos después de ingreso por lo que se indican 2mg de midazolam intranasal, 1 mg en cada lado, debido a que no se logró obtener acceso intravenoso. Convulsiones ceden. Se indica metamizol 150 mg intramuscular. Reevaluación: funciones vitales estables, paciente somnoliento, confuso, no se evidencia déficit motor o neurológico. Pasa a observación con diagnóstico planteado de crisis febril simple.

Paciente evoluciona favorablemente, no presenta nuevas crisis convulsivas. Examen físico: frecuencia respiratoria 22 por minuto, frecuencia cardiaca 100 por minuto, temperatura 37.6°C, saturación de oxígeno 98%, peso 10.5 kg. Piel y mucosas: térmica, elástica, hidratada, llenado capilar menos de 2 segundos, mucosa oral húmeda. Orofaringe: eritematosa, congestiva, no exudados. Neurológico: despierto, conectado con entorno, reactivo a estímulos, no se observa déficit motor, pupilas isocóricas foto reactivas. Resto de sistemas sin alteraciones.

Se indica paracetamol 6 ml cada 6 horas por 3 días, observación de signos de alarma. Se brinda alta con diagnóstico de crisis febril simple.

Rotación de Cirugía General

Caso Clínico 1: Abdomen agudo

Paciente femenino de 38 años, 2 días antes de ingreso refiere dolor abdominal difuso, tipo cólico de leve intensidad y disminución del apetito, no asociado a ingesta de alimentos, niega náuseas, niega vómitos. 1 día antes del ingreso dolor abdominal se torna moderado, presentó 3 vómitos alimentarios y leve distensión abdominal. El día del ingreso presenta dolor abdominal severo, sensación de náuseas, distensión abdominal marcada, no tolera vía oral por lo que acude al servicio de emergencias.

Antecedentes: Patológicos: diabetes mellitus en tratamiento (2012). Alergias: niega. Quirúrgicos: cesárea (2017), apendicectomía (2020).

Examen físico: presión arterial 100/80 mmHg, frecuencia cardiaca 98 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto, temperatura 37.5°C, saturación de oxígeno 96%, peso: 80 kg, talla 168 cm. Inspección: posición antálgica, facies dolorosas, quejumbrosa. Piel y mucosas: piel tibia, elástica, no ictericia, no palidez, mucosa oral seca. Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos. Abdomen: distendido, presencia de cicatriz tipo Rockie Davis, ruidos hidroaéreos escasos y apagados, percusión timpánica, palpación dolorosa, no resistencia de pared, no se palpan masas. Neurológico: despierta, orientada.

Diagnostico:

Abdomen agudo:

- Descartar bridas y adherencias
- Descartar embarazo ectópico
- Descartar hernia complicada
- Descartar estado hiperosmolar

Se solicita radiografía abdominal simple en bipedestación, hemograma completo, electrolitos, urea y creatinina, análisis de gases arteriales, glucosa, examen de orina completa y beta-hCG. Resultados: glucosa 120 mg/dl, beta-hCG negativa,

resto de exámenes dentro de rangos normales. Reporte radiografía: dilatación gástrica y asas proximales con múltiples niveles hidroaéreos, asas distales colapsadas. No se observa presencia de aire extra luminal.

Se indica nada por vía oral (NPO), se inicia fluidoterapia endovenosa, se coloca sonda nasogástrica y se vacía contenido estomacal. Se administra 150 ml de contraste hidrosoluble vía sonda nasogástrica y se ocluye sonda. Queda en observación.

Se reevalúa después de 6 horas, no se reportan interurrencias. Paciente refiere disminución del dolor abdominal, niega nauseas. Examen físico: Abdomen: disminución de distensión, ruidos hidroaéreos presentes escasos, blando, depresible, leve dolor a la palpación profunda, no se palpan masas, percusión sonora. Neurológico: despierta, orientada. Se realiza radiografía de abdomen: no se observa dilatación de asas ni niveles hidroaéreos. Se observa contraste en cavidad gástrica, porción proximal de intestino delgado.

12 horas después de administrado el contraste, no se reportan interurrencias, paciente refiere resolución de síntomas. Examen físico: Abdomen: globuloso, no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, palpación no dolorosa, no se palpan masas. Radiografía control: no se observan asas dilatadas, no niveles hidroaéreos, se observa presencia de contraste en recto.

Se considera como obstrucción intestinal resuelta. Se indica retiro de sonda nasogástrica e inicio de tolerancia oral con líquidos. Paciente tolera vía oral sin interurrencias. Se brindan indicaciones de alimentación, se explican signos de alarma y se da de alta.

Caso Clínico 2: Infección de sitio operatorio

Paciente varón de 65 años, con antecedente de apendicectomía hace 7 días. 2 días antes de ingreso refiere aumento de dolor en herida operatoria y leve tumefacción. 1 día antes del ingreso nota enrojecimiento de zona circundante a herida, “humedad” en zona de incisión y aumento de dolor que no cede con analgésicos. El día del ingreso presentó temperatura de 38.5°C, se agregó

secreción purulenta por bordes externos de herida por lo que acude al servicio de emergencias.

Antecedentes: Patológicos: Hipertensión arterial controlada (2010), diabetes mellitus no controlada (2015), obesidad grado 2 (actual). Quirúrgicos: apendicectomía abierta (2022). Alergias: niega.

Examen físico: presión arterial 130/90 mmHg, frecuencia cardiaca 89 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto, temperatura 38.8°C, saturación de oxígeno 97%, talla 170, peso 103 kg, IMC 35.6. Aparato Respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados. Abdomen: globuloso, panículo adiposo aumentado, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a palpación superficial ni profunda. Herida operatoria: cubierta con apósito empapado de secreción purulenta, incisión tipo Mcburney de 7 cm de largo aproximadamente con 4 puntos de sutura, herida eritematosa con zonas de dehiscencia, con presencia de pus en toda su extensión, bordes indurados, dolorosa. Resto de sistemas sin alteraciones.

Diagnóstico: 1. Infección de sitio operatorio, 2. Post operado 7 días de apendicectomía abierta.

Se realiza exploración de herida retirando 2 puntos, se separan bordes dehiscentes con Kelly, se explora y drena planos profundos. Se retira tejidos desvitalizados, no se encuentran tejidos necróticos. Se procede a irrigar herida con 2 litros de solución salina y posterior limpieza con espuma de iodopovidona. Se limpia herida con 3 litros de solución salina. Se coloca gasa humedecida con NaCl 0.9% en lecho de herida y se cubre con apósito estéril.

Indicaciones al alta: Limpieza con solución salina y cambio de gasa y apósito cada 12 horas. Reevaluación diaria.

Rotación de Medicina Interna

Caso Clínico 1: COVID-19

Paciente varón de 72 años refiere que hace 2 días presenta tos seca, cefalea, mialgia y malestar general. Hace 1 día se agregó fiebre (38.2)

Antecedentes: Patológicos: hipertensión arterial (2010) en tratamiento, fibrilación auricular (2017) en tratamiento antiagregante, obesidad (actual). Quirúrgicos: niega. Alergias: niega. Vacunas: 4 dosis de vacuna contra COVID-19. Epidemiológicos: refiere visita de familiares hace 1 semana que presentaron días después síntomas similares.

Examen físico: Funciones vitales: presión arterial 110/80 mmHg, frecuencia cardiaca 70, frecuencia respiratoria 16, saturación de oxígeno 97%, temperatura 38°C. Piel y mucosas: térmica, elástica, no cianosis, no palidez. Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos. Resto de sistemas sin alteraciones.

Diagnóstico:

Infección respiratoria alta

- Descartar faringitis aguda
- Descartar enfermedad por SARS-COV2

Se realiza prueba antigénica para COVID-19 con resultado positivo.

Se indica paracetamol 500 mg cada 8 horas por 3 días. Se indica aislamiento, hidratación adecuada control de temperatura y saturación de oxígeno, monitoreo de síntomas respiratorios. Se realiza tele consulta diaria para reevaluaciones.

Caso Clínico 2: Sepsis

Paciente femenino 75 años llevada al centro de salud por familiares. Refieren tos productiva 6 días antes. 3 días antes notan alza térmica pero no cuantifican la temperatura y notan marcado decaimiento de paciente. El día del ingreso acuden a centro de salud porque refieren que familiar no puede ponerse en pie y no responde preguntas.

Antecedentes: Patológicos: diabetes mellitus (2015) en tratamiento. Quirúrgicos: niega. Alergias: niega. Vacunas: 4 dosis contra COVID-19.

Examen físico: Funciones vitales: presión arterial 90/60 mmHg, frecuencia respiratoria 24 por minuto, frecuencia cardíaca 110 por minuto, saturación de oxígeno 94%, temperatura 38.7°C, talla 153, peso 77. Piel y mucosas: piel pálida y fría, mucosa bucal seca. Aparato respiratorio: respiración rápida y superficial, murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, se auscultan crepitantes en hemitórax derecho a predominio de base. Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos. Neurológico: paciente desorientada, no responde a preguntas, reactiva a estímulos, escala de Glasgow 12. Resto de sistemas sin alteraciones.

Diagnóstico: 1. Sepsis, 2 neumonía adquirida en la comunidad.

Se inicia atención colocando a paciente en camilla con cabecera elevada. Se brinda oxígeno con máscara. Se canalizan 2 vías periféricas y se inicia solución salina 2300 ml pasado en 3 horas. Se coloca monitor portátil para control de funciones vitales. Se difiere inicio de antibióticos debido a que el hospital más cercano se encuentra a 10 minutos y precisan muestras de sangre para hemocultivo. Se estabiliza presión arterial y saturación de oxígeno. Se traslada paciente en ambulancia al Hospital Santa Rosa.

CAPÍTULO 2: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El internado inició el 1 de julio de 2022 y estuvo estructurado para realizar 5 meses en establecimientos de segundo y tercer nivel y 5 meses en un establecimiento del primer nivel de atención. En la adjudicación de los primeros 5 meses me asignaron la rotación de ginecología y obstetricia y neonatología en el Instituto Nacional Materno Perinatal; la rotación de cirugía general en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales y la rotación de pediatría en el Instituto Nacional de Salud del Niño. En la adjudicación para los siguientes 5 meses elegí realizarla el equivalente a medicina interna en el Centro de Salud Breña.

Mi primera rotación fue la de ginecología y obstetricia del primero al 31 de julio en el INMP. El instituto ofrecía rotaciones en los servicios A, B, C, D y ginecología y guardias que se realizaban en el servicio de emergencia. El servicio A atiende a adolescente, el B atiende todo tipo de hemorragia obstétrica, el C atiende todos los trastornos hipertensivos del embarazo y el D atiende los problemas infecciosos durante el embarazo. Me asignaron el servicio B donde los internos rotamos en el área de púerperas y gestantes. Aprendimos a evaluar distinguir entre una evolución puerperal favorable de una desfavorable, conocimos el manejo puerperal y de las complicaciones posteriores al parto, identificar signos de alarma y a dar indicaciones al alta de las pacientes. El servicio generalmente recibía casos diversos de hemorragia del primer y segundo trimestre, además de contar con un área especial de placentas acretas del cual pudimos observar el manejo de esta patología. Las guardias se realizaban en el servicio de emergencias donde nos turnábamos entre el área de emergencias y el centro obstétrico.

Del primero al 30 de julio realicé la rotación de cirugía general en el Hospital Sergio E. Bernales. La rotación constó de 2 semanas en hospitalización, 1 semana en especialidades quirúrgicas, una semana en emergencias y guardias nocturnas cada 4 días en emergencias. En hospitalización aprendimos el progreso de un paciente con cirugía digestiva, la evolución de heridas, drenajes, sondas, el inicio de la alimentación en un post operado. Nos enseñaron a limpieza y curación de heridas operatorias, cuidado y cambio de drenajes y sondas. En

emergencias aprendimos el manejo de heridas traumáticas, técnicas de anestesia, suturas. Además, aprendimos a diferenciar un abdomen agudo quirúrgico de uno médico. Es importante resaltar que el hospital permite la participación en sala de operaciones tanto como observadores, instrumentando e incluso como ayudantes.

La tercera rotación fue nuevamente en el INMP en el servicio de neonatología. Rotamos por alojamiento conjunto, hospitalización de neonatos y las guardias se llevaban a cabo en atención inmediata.

La cuarta rotación la realicé del primero de setiembre al 31 de octubre en el Instituto Nacional de Salud del niño en la especialidad de pediatría. Me asignaron rotación en el servicio B y las guardias las realizábamos en emergencias. En el servicio B ingresan niños desde lactantes hasta adolescentes, por lo que pudimos ver patologías frecuentes de casi todas las edades pediátricas. Además, al ser un establecimiento de referencia nacional, vimos casos particulares y complejos. La emergencia se caracteriza por tener una alta afluencia de pacientes y pudimos aprender el manejo de diversas emergencias frecuentes.

La última rotación y más larga la realicé en el establecimiento de atención primaria Centro de Salud Breña. Se llevó a cabo del primero de noviembre hasta el 31 de marzo. Aquí la rotación consistía en la atención del paciente en consultorio externo de medicina general. En esta rotación aprendimos del manejo de los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria como artralgias, mialgias, cefaleas, dolores abdominales, etc; el manejo de pacientes con enfermedades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión, infección por VIH, etc.; y el manejo de enfermedades desde su debut hasta su control por el manejo de especialistas. Además, nos instruyeron en la parte administrativa enseñándonos el correcto llenado de los FUAS, HIS, recetas médicas y aprendimos el proceso de referencias.

CAPÍTULO 3: APLICACIÓN PROFESIONAL

Rotación de Ginecología y Obstetricia

Hemorragia postparto (HPP) CIE-10 O72.0

Es una emergencia obstétrica que se encuentra dentro de las principales causas de muerte materna en el mundo.(1) En el Perú la hemorragia postparto se presenta hasta en un 10% de partos, suponiendo el 40.2% y la principal causa de las muertes maternas.

Se define como una pérdida sanguínea mayor a 500 ml luego de un parto vaginal o más de 1000 ml después de una cesárea. Otras definiciones: a) cambios hemodinámicos que requieren transfusión sanguínea luego de un sangrado postparto; b) Disminución del hematocrito en más del 10% y/o 2.9 g en la hemoglobina; c) sangrado total mayor al 1% del peso corporal total. (2)

El caso clínico 1 presenta una mujer con sangrado abundante después de concluido el parto. A pesar de que no se menciona una cuantía de la pérdida sanguínea, el diagnóstico realizado es meramente clínico y válido.

Puede clasificarse según el momento de aparición como primaria o precoz: dentro de las 24 horas del parto o secundaria o tardía: después de las 24 horas del parto hasta el término del puerperio.

Se han identificado numerosos factores de riesgo asociados a la HPP, sin embargo, los más fuertemente relacionados son: retención de restos de placenta, prolongación de la segunda fase del parto, placenta acreta, traumas del canal del parto, etc. Sin embargo se ha visto que gran parte de las hemorragias post parto ocurren esporádicamente sin factores de riesgo asociados.(3)

Las causas más comunes de HPP se resumen en las “4 T”: tono (atonía uterina), tejido (retención de productos de la concepción), trauma (lesiones del canal genital) y trombina (alteraciones de la coagulación).

En el caso se encuentra en la paciente la clínica clásica de la atonía uterina: útero blando, aumentado de tamaño y sangrado vía vaginal abundante luego de la expulsión de la placenta. La atonía uterina es responsable de al menos el 80% de

las HPP. Además, podría estar asociado a factores que causen sobre distensión uterina (gestación múltiple, macrosomía, polihidramnios), fibromas, trabajo de parto prolongado, etc. Que en el caso de la paciente no se identifica factores predisponentes.(2,4)

Una vez hecho el diagnóstico de HPP se prosiguió con la activación de la clave roja. La guía del INMP propone el siguiente esquema: se designa a cada miembro acciones hacia el útero, cabeza y brazos. Se verifica el estado de involución uterina y revisión manual de la cavidad uterina. Evaluación del “ABCD” donde “A” corresponde a vía aérea permeable; “B” a ventilación adecuada; “C” a fluidos, sangre o hemoderivados; “D” a diagnóstico de las “4 T” y “E” a evitar hipotermia. En el caso presentado se descartó la posibilidad de restos placentarios comprobando la integridad de la placenta, se realizó revisión del canal vaginal descartándose lesiones del canal del parto y se confirma la atonía uterina. (2,5)

Una vez confirmada la atonía uterina se continuó con el manejo específico. Iniciando masaje uterino externo, colocando una vía endovenosa con NaCl 0.9% 1000ml. Esta indicado es uso de fármacos evaluando el tono uterino y la cantidad de sangrado de manera escalonada: oxitocina 40 UI a 40 gotas/minuto; ergometrina 0.2 mg IM; misoprostol 800 picogramos sublingual o intrarrectal y ácido tranexámico 1g EV (de manera coadyuvante si hay hemorragia de causa traumática. Si el sangrado no es controlado debe evaluarse utilización de balón de Bakri, técnica de Zea o en última instancia el manejo quirúrgico del sangrado. Se inició fluidoterapia con lactato de ringer a 39°C para evitar la hipotermia, el uso de oxitocina y ergometrina siendo suficientes para detener el sangrado en este caso.(2)

Para prevenir la HPP se recomienda el “alumbramiento dirigido” que consta en el uso de fármacos uterotónicos y maniobras que disminuyen el tiempo de alumbramiento y el riesgo de HPP. El primer paso para manejo activo del alumbramiento es la administración de oxitocina 10 UI IM durante la tercera etapa del parto; el segundo paso consiste en la tracción controlada del cordón con contra tracción sobre el fondo uterino para la liberación de la placenta y por

último, una vez liberada la placenta, la compresión bimanual externa del fondo del útero. (2,6)

Hemorragia uterina anormal (HUA) CIE 10 N92

El segundo caso clínico habla de una mujer con un tiempo de menstruación de 10 días y que 2 días previos al ingreso nota aumento del volumen de este sangrando. La paciente presenta hipermenorrea y menorragia respectivamente. Se considera HUA a todo sangrado fuera de los rangos de normalidad de la menstruación, considerando como normal a aquella menstruación que sucede cada 24 a 38 días, que dura entre 3 a 8 días con un volumen total de 20 a 80 ml. La FIGO clasifica la HUA en “aguda” cuando es un evento de sangrado abundante que requiere intervención inmediata y “crónica” cuando la HUA ha estado presente la mayor parte del tiempo en los últimos 6 meses. (7,8)

La FIGO categoriza la etiología de la HUA en causas estructurales (orgánicas) o no estructurales (sistémicas) además de considerar el grupo etáreo y el estado reproductivo. Esta clasificación es conocida como “PALM-COEIN”, acrónimo que hace referencia a: pólipo, adenomiosis, leiomioma, malignidad, coagulopatías, disfunción ovárica, endometrio, iatrogénica y no clasificada; siendo la sección “PALM” la de etiología orgánica y la sección “COEIN” la de etiología sistémica. (7)

Además del sangrado anormal, hay que tener en cuenta manifestaciones que nos pueden orientar a la causa del sangrado como: dolor pélvico, dismenorrea, sangrado postcoital, signos de hiperandrogenismo, sobrepeso, galactorrea, cervicitis, tumoraciones, útero aumentado de tamaño, masas anexiales o síntomas de anemia. La paciente tenía antecedente de eventos anteriores similares donde fue diagnosticada con miomas uterinos.

Los miomas, fibromas o leiomiomas son los tumores pélvicos más frecuentes en mujeres. La mayoría son pequeños y asintomáticos pero algunas pacientes presentan HUA palpándose muchas veces un útero agrandado, lobuloso o asimétrico.

La FIGO creó un sistema para clasificar a los miomas según su localización, el cual va a ser importante para determinar el manejo a seguir:

Intramurales (tipo 3, 4 y 5): están localizados en la pared uterina. Tipo 3: en contacto con la pared endometrial; tipo 4: intramural; tipo 5: subseroso >50% intramural.

Submucosos (tipo 0, 1 y 2): son miomas localizados debajo del endometrio, protruyen en la cavidad uterina. Tipo 0: pedunculado intracavitario; tipo 1: <50% intramural; tipo 2: >50% intramural.

Subserosos (tipo 6 y 7): se originan en la serosa. Tipo 6: subseroso <50% intramural; tipo 7: subseroso pedunculado.

Cervicales (tipo 8): localizados en el cérvix.

Se han encontrado algunos factores de riesgo para el desarrollo de miomas: una menarquia temprana (antes de los 10 años); predisposición genética para el desarrollo de fibromas; etc. y también se han encontrado factores protectores: haber tenido una o más gestaciones de más de 20 semanas; el uso anticonceptivos de depósito protegen contra el crecimiento de leiomiomas, etc.
(9)

La mayoría de los miomas son pequeños y asintomáticos. Cuando causan síntomas se presentan con sangrado menstrual abundante, dolor o presión pélvica y disfunción reproductiva (infertilidad, abortos, complicaciones obstétricas). Los miomas submucosos que protruyen en la cavidad uterina (tipos 0 y 1) son los que más frecuentemente se presentan con sangrado menstrual abundante.

El diagnóstico se realiza mediante la clínica, el examen y la ultrasonografía pélvicos. La paciente presenta hipermenorrea, menorragia y dolor pélvico. En los exámenes auxiliares solicitados se descarta gestación en la paciente, por lo tanto, se descarta la posibilidad de un embarazo ectópico, se encuentra anemia moderada y la ecografía evidencia finalmente una imagen compatible con mioma submucoso.

La ultrasonografía pélvica es el examen de elección para la evaluación de leiomiomas. Si se sospecha de fibromas submucosos, la técnica a utilizar es la ultrasonografía con infusión salina en la cavidad uterina ya que permite la identificación de estas lesiones. (7-9)

El manejo inicial de la HUA es la estabilización de la paciente. Se recomienda un esquema con estrógeno oral en altas dosis (100 mcg etinilestradiol o 70 mcg de estrógeno por 5 días). También está indicado el uso de ácido tranexámico 1000 mg EV cada 6 horas. (7)

El manejo quirúrgico se indica cuando: hay falta de respuesta a la terapia médica, anemia importante, impacto en la calidad de vida, patología uterina concomitante, etc. En el caso de miomas submucosos, la técnica quirúrgica de elección es la miomectomía histeroscópica. (10)

En la paciente se tomó en cuenta los episodios anteriores de sangrado, la presencia de anemia la cual es consecuencia de los sangrados y en esta última visita se consideró la falta de respuesta al tratamiento médico por lo que se decidió el manejo quirúrgico por histeroscopia

Rotación en Pediatría

Enfermedad diarreica aguda (EDA) CIE-10 A09

La EDA es un problema de salud pública con alta mortalidad en niños menores de 5 años sobre todo en países en vías de desarrollo y en países desarrollados supone una de las principales causas de visita al servicio de urgencias.

El caso clínico 1 trata de un niño de 2 años que presenta deposiciones líquidas y vómitos, cumpliendo con la definición de diarrea según guías. Las guías definen como diarrea aguda a la evacuación de tres o más deposiciones blandas, líquidas o de menor consistencia de lo normal en un día, por tres o más días y no más de 14. (11,12)

La principal causa de diarrea son los virus suponiendo el 70-90% de los casos. El 10-20% son causadas por bacterias como: shigella, salmonella, campylobacter y E. coli entre otras. (13)

Es importante preguntar por las características de las heces para determinar si se trata de una acuosa o disentérica. La madre refirió diarreas acuosas y negó la presencia de sangre en heces, por lo que muy probablemente se trate de una diarrea de etiología viral.

La diarrea acuosa en menores de dos años es causada principalmente por rotavirus y en mayores de 2 años suele ser causada por E. coli entero toxigénica. La diarrea disentérica en menores de dos a cinco años es causada principalmente por campilobacter jejuni y en niños mayores de dos a cinco años es causada por shigela flexneri. (13,14)

Además, el examen físico determinará el estado general del paciente ya que una de las principales complicaciones de la EDA en población pediátrica es la deshidratación. Para esto el MINSA plantea la exploración de 6 indicadores con los que se decidirá el estado de hidratación del paciente y el plan de rehidratación que se le aplicará. Estos indicadores son: estado de conciencia, ojos, boca y lengua, lágrimas, sed y signo del pliegue. (13)

Según estos indicadores se encuentra en el paciente: irritabilidad que calma en brazos de madre, ojos hundidos, mucosa oral seca, llanto con lágrima, y signo del pliegue lento. Por lo tanto, se determina que existe algún grado de deshidratación.

Una vez determinado el estado de hidratación del paciente en EDA sin signos de deshidratación, algún grado de deshidratación o deshidratación severa se aplicará el plan A, B o C respectivamente.

Se elige para el paciente el plan B de rehidratación donde se brindan sales de rehidratación vía oral si el paciente tolera o en caso contrario se brinda líquidos por gastroclisis a una dosis de 50 a 100 cc por kg por hora administrados en 4 horas. (13)

En el manejo posterior a la estabilización es importante controlar el flujo urinario y llevar un estricto balance hídrico, si se considera necesario se pueden realizar análisis de heces para determinar la etiología de la EDA. Se debe recomendar al alta continuar con alimentación normal, explicar la reposición volumen a volumen

y se recomienda la suplementación con zinc en mayores de 6 meses a 20 mg por día por 10 a 14 días. (12–14)

Crisis Febril CIE-10 R56.0

Es el trastorno epiléptico más común en la infancia, con una incidencia del 2 al 5% de niños menores de 5 años, teniendo mayor incidencia entre los 12 a 24 meses de vida. Aproximadamente 80% de las crisis epilépticas que llegan a emergencia son crisis febriles, 75% de estas son típicas y alrededor del 25 al 35% son atípicas.

Para el diagnóstico de crisis febril es importante: corroborar la presencia de fiebre, preguntar por antecedentes de crisis convulsivas, determinar el tiempo transcurrido y las características de la crisis, confirmar la presencia de enfermedad febril, indagar sobre factores de riesgo, conocer el estado de las inmunizaciones y evaluar el estado post ictal

Presentamos el caso de un varón dentro de la edad “pico” para crisis febriles, con antecedente de una enfermedad febril. Al presentarse la crisis en la emergencia, se pudo observar las características y duración de la convulsión, por lo que se definió que se trataba de una crisis febril simple.

Las crisis febriles definen como episodios de convulsiones asociados a fiebre (temperatura mayor o igual a 38°C) en ausencia de infección del sistema nervioso central, disturbio metabólico o antecedente de crisis epilépticas sin fiebre en niños entre 6 meses y 5 años.

Se considera como crisis febril típica a aquella convulsión generalizada, menor de 15 minutos, de tipo tónico, clónica o tónico clónico que se presenta por primera vez dentro del primer día de una enfermedad febril, sin secuelas neurológicas en el periodo post-ictal habiéndose descartado alguna patología de fondo.

Son atípicas cuando tienen inicio focal, una duración mayor de 15 minutos o se repite dentro de las 24 horas del inicio de una enfermedad febril o que tiene secuela neurológica en el periodo post-ictal. (15,16)

Si se evidencia una crisis convulsiva se debe iniciar con el “ABCD” con énfasis en asegurar la vía aérea y la circulación. Por tal motivo al paciente se le colocó oxígeno, posición semi incorporada, monitoreo de funciones vitales. Si la crisis dura más de 5 minutos se prefiere administrar benzodiazepinas intravenosas. En el INSN se inicia el uso de medicamentos 3 minutos después de iniciado el evento. Se utiliza midazolam debido a su disponibilidad y a su practicidad por poder ser utilizado a través de diferentes vías de administración. (15,17)

Se sugiere el uso de diazepam a dosis de 0.1 a 0.2 mg/kg o Lorazepam a dosis de 0.05 a 0.1 mg/kg. Si no se consigue acceso intravenoso, el midazolam vía sublingual, intramuscular, intranasal o intrarrectal es una opción efectiva. (16,17)

No existe evidencia para solicitar estudios de laboratorio de manera sistemática. La punción lumbar se reserva para situaciones donde haya sospecha de infección en el sistema nervioso central. No están indicados los estudios de neuroimagen ni electroencefalograma de manera rutinaria. (15–17)

Se debe observar la evolución del paciente. Luego de la administración de una benzodiazepina, el efecto de esta puede alterar el examen neurológico. Por ello el paciente quedó en observación alrededor de 4 a 6 horas hasta que se pudo realizar una evaluación neurológica correcta.

Si se trató de una crisis simple y el paciente ya retornó a su estado basal, se puede brindar el alta. Para crisis complejas se requiere un mayor periodo de observación y algunos necesitaran terapia anticonvulsivante por un tiempo. (16)

Rotación de Cirugía

Abdomen agudo CIE-10 K56.1

El abdomen agudo representa entre el 5 al 10% de las consultas en los servicios de emergencia. Las causas más frecuentes de abdomen agudo son: dolor abdominal inespecífico, apendicitis aguda, enfermedad biliar, perforación gastrointestinal, íleo adinámico, etc. (18,19)

Frente a un abdomen agudo es importante descartar en primera instancia, etiologías que pueden poner en riesgo la vida del paciente como: aneurisma

aórtico, isquemia mesentérica, perforación gastrointestinal, obstrucción intestinal, vólvulo, embarazo ectópico, abrupto placentario, infarto de miocardio, ruptura esplénica. Para esto se debe realizar una historia clínica detallada, caracterizando muy bien al dolor e indagando sobre los antecedentes personales y un examen físico minucioso.

Para la caracterización del dolor se propone la nemotecnia “ALICIAS”: A: aparición, L: localización, I; intensidad, C: características, I: irradiación, A: atenuantes o agravantes, S: síntomas asociados. Además, la edad, el sexo, comorbilidades, medicaciones y antecedentes quirúrgicos, también pueden orientar hacia la etiología del dolor. (19)

Las causas más frecuentes son bridas y adherencias, tumores y hernias complicadas. Las obstrucciones pueden ser mecánicas o funcionales, agudas o crónicas y parciales o completas. Pueden clasificarse también en causas extrínsecas cuyo origen está fuera del intestino y como intrínsecas cuando la obstrucción es ocasionada por un defecto luminal. (20)

El caso clínico 1 trata de una mujer en edad reproductiva, con factores de riesgo que podrían predisponer a presentar patologías que tengan como clínica al síndrome doloroso abdominal. El antecedente reciente de cirugía abdominal (apendicetomía) aumenta el riesgo de bridas y adherencias, la diabetes mal controlada puede llevar a un estado hiperosmolar, cuya clínica entre otros síntomas incluye el dolor abdominal; el hecho de ser una mujer en edad reproductiva debe hacernos descartar siempre un embarazo ectópico, y el antecedente de cirugías en la pared abdominal predispone a la aparición de hernias o eventraciones que al complicarse pueden generar dolor abdominal.

La paciente presenta una clínica clásica de obstrucción abdominal: dolor abdominal tipo cólico asociado o no a náuseas y/o vómitos y distensión abdominal. También puede asociarse constipación o cese del tránsito de heces o flatos. La paciente presenta también mucosa oral seca y taquicardia. Está descrito que la obstrucción cause deshidratación y por lo tanto hallar: taquicardia, hipotensión ortostática, disminución del flujo urinario, etc. Los ruidos hidroaéreos suelen tornarse agudos o “metálicos”. La percusión suele ser hiperresonante o

timpánica. La palpación nos permitirá identificar hernias o masas anormales. (19,20)

Esta indicado un examen de sangre completo, electrolitos, urea y creatinina (permite definir la presencia de hipovolemia o de algún trastorno metabólico), análisis de gases arteriales, lactato sérico (si hay sospecha de isquemia mesentérica), procalcitonina (puede ser útil para detectar estrangulamiento).

Como estudio inicial se recomienda la radiografía simple de abdomen en bipedestación y nos puede ayudar a decidir si el paciente requiere descompresión urgente o intervención quirúrgica. Los hallazgos que son característicos de obstrucción abdominal son: asas dilatadas con niveles hidroaéreos, dilatación de intestino proximal con colapso del distal o abdomen sin gases o el signo de “collar de perlas”. (20,21)

Se solicitaron exámenes auxiliares que descartaron la presencia de gestación, se encontró glucosa elevada pero no en rangos de estado hiperosmolar, al examen físico se descartó la posibilidad de hernia complicada. La radiografía fue compatible con la sospecha diagnóstica inicial.

En el manejo se debe indicar nada por vía oral (NPO), fluidoterapia, repleción de electrolitos si fuese necesario, sonda nasogástrica para descompresión en pacientes con distensión abdominal severa, náuseas o vómitos, imágenes y consulta al cirujano. Se debe descartar inicialmente que no haya indicación de cirugía inmediata (isquemia, necrosis o perforación, vólvulo, hernia incarcerada, intususcepción, íleo biliar, cuerpo extraño, tumor)

En el caso de obstrucción intestinal por bridas y adherencias, el manejo no quirúrgico logra resolver hasta el 80% de las obstrucciones. Se eligió manejo no quirúrgico con la administración de contraste hidrosoluble hipertónico. Este ayuda a disminuir el edema de la pared intestinal y estimula el peristaltismo. Se recomienda realizar una radiografía de 6 a 24 horas después de administrado el contraste.

En la reevaluación se buscan signos de resolución de la obstrucción como: disminución de la distensión abdominal, pasaje de flatos o presencia de heces en

recto. La paciente presentó evolución favorable por lo que se pudo retirar la sonda nasogástrica y continuar con la observación de la recuperación del tránsito intestinal normal.(21)

Infección de sitio operatorio CIE-10 T81.4

El caso clínico 2 describe la evolución de una herida operatoria en un paciente post operado de apendicitis. Se observa una clínica clásica de infección superficial con eritema, edema, secreción, tumefacción, calor y dolor. Es importante recordar que la dehiscencia de la herida puede presentarse en ausencia de infección por factores como obesidad.

El paciente presenta algunos factores de riesgo que lo predisponen a una ISO: es adulto mayor, tiene obesidad grado 2, padece de diabetes mellitus no controlada, la herida por apendicetomía abierta tiene alto riesgo de infección

Las infecciones profundas comprometen fascia y/o músculo donde se agrega a la clínica sensación de masa fluctuante a la palpación y la aparición de manifestaciones sistémicas como fiebre, leucocitosis, marcadores de inflamación. Para confirmar el compromiso muscular o fascial se requiere la apertura de la herida para facilitar la inspección y desbridamiento. (22,23)

El manejo inicial de las ISO puede realizarse en tópico o en hospitalización e implica la apertura de la herida, drenaje de secreciones y desbridamiento de tejido necrótico o desvitalizado. En el caso presentado, se realizó la exploración y limpieza de la herida en tópico. La exploración de planos profundos es esencial para drenar colecciones, revisar el estado de las fascias musculares y completar la limpieza. Para la exploración y apertura de la herida se retiró algunas suturas como está indicado. A veces puede ser necesario el uso de instrumentos para separar los bordes de la herida. La limpieza con suero salino permite remover tejido desvitalizado.

Para el desbridamiento se puede utilizar bisturí o tijeras. La herida debe ser liberada de cualquier tejido necrótico, desvitalizado o cuerpo extraño ya que estos retrasan el proceso de cicatrización.

Los antibióticos son necesarios cuando hay evidencia de celulitis circundante a la herida, cuando existe material como mallas en la herida, cuando hay signos sistémicos de infección o cuando hay shock séptico. (22)

Rotación de Medicina Interna

COVID-19 CIE10 U07.1

El coronavirus es un virus que afecta a humanos y animales. Al final del 2019 se identificó un nuevo coronavirus que terminó ocasionando una pandemia global. Desde su descubrimiento se han reportado más de 500 millones de casos confirmados.

La principal forma de transmisión es de persona a persona vía respiratoria principalmente por contacto estrecho (menor de 2 metros). En los antecedentes epidemiológicos del caso hallamos que el paciente tuvo contacto estrecho con familiares que presentaron posteriormente síntomas similares.

En la predicción de la evolución de la enfermedad fue importante la identificación de factores de riesgo para desarrollar formas severas. La edad (mayores de 65 años) es uno de los factores más importantes para predecir severidad y mortalidad por COVID. Las comorbilidades asociadas a enfermedad severa en el paciente fueron la diabetes mellitus, hipertensión, obesidad y enfermedades cardiovasculares.

El paciente presentó tos y mialgias que son los síntomas principales de la enfermedad del COVID-19. Además, se ha reportado también anormalidades del gusto y olfato, manifestaciones gastrointestinales (náuseas y diarreas), dermatológicas y otros síntomas clásicos de infección respiratoria alta. Los síntomas no severos resuelven generalmente en una semana.

Antes de la vacunación se calculó que entre el 30 y 40% de los casos correspondían a pacientes asintomáticos. Los sintomáticos pueden manifestarse desde leves a críticos, calculando que los casos leves corresponden al 80% de los sintomáticos, los severos al 14%, los críticos al 5% y se calculó que la tasa de mortalidad era de 2.3%. (24)

Las complicaciones agudas incluyen: falla respiratoria: como la principal complicación en enfermedad severa que se instala rápidamente después de la aparición de la disnea; complicaciones cardiovasculares: arritmias, daño miocárdico, falla cardíaca y shock; tromboembólicas: sobre todo en pacientes en cuidados críticos con trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar; neurológicas e inflamatorias.

El diagnóstico puede ser realizado por sospecha clínica o prueba confirmatoria. En este caso, al tener disponible la prueba molecular, se le realizó el test al paciente, teniendo como resultado positivo a COVID-19. La CDC propuso un algoritmo para la elección de método diagnóstico. Se realiza una prueba de antígeno a un caso sospechoso, si el resultado es positivo se confirma la enfermedad. Si el resultado es negativo y tiene síntomas o ha tenido exposición al virus se puede repetir la prueba antigénica en 48 horas o realizar una molecular. Si no hay síntomas o no ha habido exposición se considera como improbable.

Para el manejo se debe evaluar al paciente para determinar la severidad de los síntomas, el riesgo para progresión a enfermedad severa y decidir el lugar donde el paciente deberá ser tratado.

Para tratamiento sintomático para mejorar síntomas como mialgias, fiebre y cefaleas se utilizan los AINES prefiriendo al acetaminofén. Se recomienda mantener una adecuada hidratación. Si la tos interfiere con el sueño o causa malestar se puede tratar con antitusígenos. Se debe tener cautela con los síntomas respiratorios sobre todo la aparición o empeoramiento de la disnea. Al paciente se le indicó paracetamol para el manejo de sus síntomas y el monitoreo de su evolución se realizó mediante teleconsulta diaria.

Es importante el antecedente de vacunación del paciente ya que actualmente las vacunas son la medida más efectiva para frenar el COVID-19. Reducen en alguna medida el riesgo de transmisión y reducen de manera significativa el desarrollo de enfermedad grave y muerte. El paciente presentaba factores de riesgo importantes para desarrollar enfermedad complicada y podríamos atribuirle a su estado de vacunación la resolución completa de la enfermedad (24,25)

Sepsis CIE10 A41.9

La sepsis es una entidad cuya incidencia ha ido en aumento en las últimas décadas. Esto podría estar relacionado al incremento de edad media, la inmunosupresión, la resistencia de las bacterias o incluso a la detección más temprana de sepsis.

La sepsis se define como una disfunción de órganos potencialmente letal ocasionada por una respuesta desregulada del huésped a una infección. El shock séptico es un tipo de shock distributivo por vasodilatación en una persona que clínicamente tiene criterios de sepsis, pero no responden a la resucitación inicial

Para el diagnóstico de sepsis se cuenta con puntajes aplicados a pacientes con una enfermedad infecciosa de fondo. Se hace énfasis en la detección precoz para un oportuno inicio antibiótico. El puntaje más práctico y ampliamente usado es el “Quick SOFA (qSOFA)” que toma en cuenta frecuencia respiratoria $>$ igual a 22 respiraciones por minuto, alteración del estado mental y presión arterial sistólica $<$ de 100 mmHg. Un puntaje de 2 o más puntos es predictor de sepsis.

En el caso presentado se tomo en cuenta los antecedentes de enfermedad infecciosa brindados por los familiares. Se determinó con las funciones vitales un puntaje “qSOFA” de 3, aumentado la sospecha de sepsis.

A pesar de ser encontrarnos en el primer nivel de atención, se puede realizar el manejo inicial que es asegurar la vía aérea y corrección de la hipoxemia a través del aporte de oxígeno, canalización de vía periférica, administración de fluidos y el inicio de la antibioticoterapia se difirió considerando que el hospital de referencia se encontraba a 10 minutos.

Para la resucitación con fluidos intravenoso (cristaloides) está indicado el uso de 30 ml/Kg en 3 horas. (28)

Se debe recolectar muestras de sangre para los laboratorios, está indicado solicitar: glucosa, análisis de gases arteriales, lactato, hemocultivos y cultivos de

otros focos, hemograma completo, urea y creatinina, perfil de coagulación, bilirrubinas, examen completo de orina y radiografía de tórax. (29)

La terapia antibiótica debe ser iniciada empíricamente dentro de la primera hora de realizado el diagnostico. (30)

CAPÍTULO 4: REFLEXIÓN CRÍTICA

Durante el internado el estudiante completa su formación como profesional, se prepara para ejercer su profesión adquiriendo conocimientos adecuados y la experiencia necesaria para atender al paciente. Esta última formación es muchas veces proporcional a la cantidad de casos vistos. La atención repetitiva de patologías frecuentes, permite guardar casi permanentemente conocimientos sobre el manejo general de la patología.

En esta última etapa de formación, el maestro también cumple un rol importante en la consolidación del profesional. En la experiencia hospitalaria asistentes especialistas, residentes, licenciados, técnicos e incluso co-internos (entre otros) pueden llegar a ser maestros. El interno debe nutrirse también de la experiencia profesional y personal de sus superiores y del personal con el que trabaja.

Es importante mencionar que el interno se enfrenta también a las carencias de un sistema de salud que lo obliga a hacer sobre esfuerzos y a cumplir roles que no le corresponden por sacar adelante a un paciente; que no le ofrece condiciones laborales seguras tanto para su salud como para su integridad física; que no protege su salud mental frente a comportamientos o actitudes “tradicionales; que no permite una remuneración justa, etc.

Desde la pandemia del COVID-19 el internado médico ha tenido varias modificaciones. Se crearon normas con el fin de salvaguardar la salud de los internos y tratar de mejorar las condiciones laborales de los mismos. Y pesar de que muchos de estos cambios han sido beneficiosos, las normas tienen que seguir adaptándose a las necesidades del interno.

CONCLUSIONES

1. El internado es un año crucial para la formación del médico donde adquiere las competencias necesarias para cumplir satisfactoriamente su rol profesional.
2. Durante el internado se aplican y refuerzan los conocimientos obtenidos durante la carrera y se obtiene experiencia práctica en las especialidades más representativas de la medicina.
3. El segundo y tercer nivel de atención proporcionan la experiencia necesaria para el diagnóstico, manejo y tratamiento de las patologías más frecuentes.
4. El primer nivel de atención brinda además de experiencia clínica, una noción administrativa de la atención en salud y aporta una experiencia más cercana con el paciente y el manejo de sus patologías.
5. Los tutores de los centros de rotación tienen un rol importante en la preparación del estudiante durante el internado. Ellos orientan, brindan conocimiento teórico y práctico y otras habilidades esenciales para el futuro profesional.
6. Las actividades académicas de los establecimientos de salud y de la universidad exigen que el estudiante revise conceptos teóricos y permite que los tutores transmitan su experiencia laboral sobre las patologías frecuentes vistas en consulta.
7. Realizar el internado en diferentes establecimientos de salud brinda una visión de las diferentes formas de trabajar, administrativo, se conoce un poco más de los procesos y ayuda a poder orientar mejor al paciente

RECOMENDACIONES

1. Debido a que el internado es una etapa fundamental para la formación del médico, debería volver a tener una duración de 12 meses y se debe mantener la rotación del primer nivel de atención reduciendo el tiempo de esta rotación a 1 o 2 meses máximo.
2. Se debe seguir exigiendo mejores condiciones laborales para proteger la integridad del interno de medicina.

3. Las normas deben adaptarse a las necesidades del interno y a las exigencias de cada establecimiento, priorizando la formación académica del estudiante mediante la experiencia práctica con el paciente.
4. Las actividades académicas deberían seguir enfocadas a que el interno sea capaz de diagnosticar, manejar y tratar patologías frecuentes de la atención primaria y de estabilizar al paciente ante las emergencias más frecuentes.
5. La distribución de estudiantes en sus centros de rotación debe procurar que no haya muchos internos en una misma área para permitir que todos puedan cumplir su experiencia asistencial de manera óptima.
6. La frecuencia de las actividades académicas entre la universidad y los hospitales son adecuadas para el aprendizaje del interno y los temas elegidos para las actividades son pertinentes para el conocimiento del interno por lo tanto deberían mantenerse.

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/normaslegales/2987398-351-2022-minsa>
2. Wormer KC, Jamil RT, Bryant SB. Acute Postpartum Hemorrhage. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publicado en enero 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499988/>
3. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología del 2018 [Internet]. Instituto Nacional Materno Perinatal. Accedido el 1 de abril de 2023. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
4. Sheiner E, Sarid L, Levy A, Seidman DS, Hallak M. Obstetric risk factors and outcome of pregnancies complicated with early postpartum hemorrhage: a population-based study. J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet. septiembre de 2005;18(3):149-54.
5. Bell SF, Collis RE, Bailey C, James K, John M, Kelly K, et al. The incidence, aetiology, and coagulation management of massive postpartum haemorrhage: a two-year national prospective cohort study. Int J Obstet Anesth.
6. Michael A Belfort. Overview of postpartum hemorrhage. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. Accedido el 01 de abril de 2023. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage?search=Overview%20of%20postpartum%20hemorrhage.&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
7. Sentilhes L, Sénat MV, Le Lous M, Winer N, Rozenberg P, Kayem G, et al. Tranexamic Acid for the Prevention of Blood Loss after Cesarean Delivery. N Engl J Med. 29 de abril de 2021;384(17):1623-34.
8. Ministerio de Salud. Guía De Práctica Clínica Y De Procedimientos En ginecología [Internet]. Instituto Nacional Materno Perinatal. 2020. Accedido el 01 de abril de 2023. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/>
9. Andrew M Kaunitz. Abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-age patients: Terminology, evaluation, and approach to diagnosis. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. Accedido el 01 de abril de 2023. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/abnormal-uterine-bleeding-in-nonpregnant-reproductive-age-patients-terminology-evaluation-and-approach-to-diagnosis?search=Abnormal%20uterine%20bleeding%20in%20nonpregnant%20reproductive->

[age%20patients&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](#)

10. Elizabeth A Stewart, Shannon K Laughlin-Tommaso. Uterine fibroids (leiomyomas): Epidemiology, clinical features, diagnosis, and natural history. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. Accedido el 03 de abril de 2023. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-epidemiology-clinical-features-diagnosis-and-natural-history?search=Uterine%20fibroids%20\(leiomyomas\):%20Epidemiology,%20clinical%20features,%20diagnosis,%20and%20natural%20history&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-epidemiology-clinical-features-diagnosis-and-natural-history?search=Uterine%20fibroids%20(leiomyomas):%20Epidemiology,%20clinical%20features,%20diagnosis,%20and%20natural%20history&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

11. Andrew M Kaunitz. Abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-age patients: Management. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. Accedido el 03 de abril de 2023. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/abnormal-uterine-bleeding-in-nonpregnant-reproductive-age-patients-management?search=Abnormal%20uterine%20bleeding%20in%20nonpregnant%20reproductive-age%20patients:%20Management.%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

12. OPS. Tratamiento de la Diarrea: Manual Clínico para los Servicios de Salud. 2008 [citado 27 de abril de 2023]; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/775>

13. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades diarreicas [Internet]. Who.int 2020. [citado 27 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>

14. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en los niños. [Internet]. Instituto Nacional de Salud del Niño. Accedido el 01 de abril de 2023. Disponible en: file:///C:/Users/DNP/Downloads/188666_RM_N_C2_B0_755-2017MINSAs.pdf20180823-24725-llg4ky.pdf

15. Jason B Harris, Mark Pietroni, Mohammod Jobayer Chisti, Approach to the child with acute diarrhea in resource-limited settings. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. Accedido el 01 de abril de 2023. Disponible

16. Ministerio de Salud. Guía De Práctica Clínica Para Diagnóstico Y Tratamiento De Crisis Febriles. [Internet] Hospital Nacional Cayetano Heredia. Accedido el 01 de abril de 2023. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2021/RD/RD_369-2021-HCH-DG.pdf

17. John J Millichap. Clinical features and evaluation of febrile seizures. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. Accedido el 05 de abril de 2023. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-evaluation-of-febrile-seizures?search=Clinical%20features%20and%20evaluation%20of%20febrile%20seizures.%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
18. Protocolos diagnósticos y terapéuticos de Neurología Pediátrica Asociación Española de Pediatría [Internet]. 2022. [citado 27 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.aeped.es/documentos/protocolos-diagnosticos-y-terapeuticos-neurologia-pediatica>
19. John L Kendall, Maria E Moreira. Evaluation of the adult with abdominal pain in the emergency department. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. Accedido el 10 de abril de 2023. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-abdominal-pain-in-the-emergency-department?search=Evaluation%20of%20the%20adult%20with%20abdominal%20pain%20in%20the%20emergency%20department.&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
20. Ministerio de Salud. Guía De Práctica Clínica Para Diagnóstico Y Tratamiento De Abdomen Agudo No Quirúrgico. HNAL: 2022. Accedido el 12 de abril del 2023. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3873043/R.D.%20N%C2%B0294-HNAL-D-2022.pdf
21. Liliana Bordeianou, Daniel Dante Yeh. Etiologies, clinical manifestations, and diagnosis of mechanical small bowel obstruction in adults. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. Accedido el 10 de abril de 2023. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/etiologies-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-mechanical-small-bowel-obstruction-in-adults?search=Etiologies,%20clinical%20manifestations,%20and%20diagnosis%20of%20mechanical%20small%20bowel%20obstruction%20in%20adults.&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
22. Liliana Bordeianou, Daniel Dante Yeh. Management of small bowel obstruction in adults. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. Accedido el 10 de abril de 2023. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-small-bowel-obstruction-in-adults?search=Management%20of%20small%20bowel%20obstruction%20in%20adults.&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
23. Heather L Evans, Traci L Hedrick. Overview of the evaluation and management of surgical site infection. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate,

Waltham, MA. Accedido el 12 de abril de 2023. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-evaluation-and-management-of-surgical-site-infection?search=Overview%20of%20the%20evaluation%20and%20management%20of%20surgical%20site%20infection.%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

24. Centers for Disease Control and Prevention. Procedure-associated Module. Surgical Site Infection (SSI) Event. NHSN: 2023. [accedido 12/04/2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/9pscscscurrent.pdf>

25. Pieter Cohen, Kelly Gebo. COVID-19: Evaluation of adults with acute illness in the outpatient setting. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. Accedido el 15 de abril de 2023. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/covid-19-evaluation-of-adults-with-acute-illness-in-the-outpatient-setting?search=COVID-19:%20Evaluation%20of%20adults%20with%20acute%20illness%20in%20the%20outpatient%20setting.%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

26. Pieter Cohen, Kelly Gebo. COVID-19: Management of adults with acute illness in the outpatient setting En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. Accedido el 15 de abril de 2023. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/covid-19-management-of-adults-with-acute-illness-in-the-outpatient-setting?search=COVID-19:%20Management%20of%20adults%20with%20acute%20illness%20in%20the%20outpatient%20setting%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

27. Remi Nevriere. Sepsis syndromes in adults: Epidemiology, definitions, clinical presentation, diagnosis, and prognosis. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. Accedido el 17 de abril de 2023. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/sepsis-syndromes-in-adults-epidemiology-definitions-clinical-presentation-diagnosis-and-prognosis?search=Sepsis%20syndromes%20in%20adults:%20Epidemiology,%20definitions,%20clinical%20presentation,%20diagnosis,%20and%20prognosis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

28. Gregory A Schmidt, Jess Mandel. Evaluation and management of suspected sepsis and septic shock in adults. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. Accedido el 17 de abril de 2023. Disponible en: [uptodate.com/contents/evaluation-and-management-of-suspected-sepsis-and-septic-shock-in-adults?search=Evaluation%20and%20management%20of%20suspected%20sepsis%20and%20septic%20shock%20in%20adults.&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-management-of-suspected-sepsis-and-septic-shock-in-adults?search=Evaluation%20and%20management%20of%20suspected%20sepsis%20and%20septic%20shock%20in%20adults.&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

29. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. *Crit Care Med* 2021; 49:e1063.
30. Rivers E, Nguyen B, Havstad S, et al. Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. *N Engl J Med* 2001; 345:1368.