



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL DE CHANCAY Y S.B.S. "DR. HIDALGO ATOCHE
LÓPEZ", JUNIO 2022 - MARZO 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

FRANCO HUMBERTO ALVIZURI GONZÁLEZ

ASESOR

HUGO ANÍBAL ORTÍZ SOUZA

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/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL DE CHANCAY Y S.B.S. "DR. HIDALGO ATOCHE
LÓPEZ", JUNIO 2022 - MARZO 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

FRANCO HUMBERTO ALVIZURI GONZÁLEZ

ASESOR

DR. HUGO ANÍBAL ORTÍZ SOUZA

LIMA - PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. César Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mis padres, abuelos y a toda mi familia que creyó en mí desde el primer día de la carrera. Gracias por ser mi apoyo incondicional durante todo este largo camino, por siempre impulsarme a ser mejor y poder lograr con éxito mi carrera profesional.

ÍNDICE

PORTADA.....	i
JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
ÍNDICE.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL.....	3
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA.....	17
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL.....	19
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	31
CONCLUSIONES	38
RECOMENDACIONES.....	39
FUENTES DE INFORMACIÓN	40

RESUMEN

Introducción: El internado médico se realiza durante el último año de la carrera de Medicina Humana, es una etapa fundamental e importante donde se aplican y refuerzan todos los conocimientos adquiridos los años anteriores, tanto en la parte teórica y práctica. Debido al contexto de la pandemia del año 2020 por el COVID-19, esta promoción realizó dos años de clases y prácticas en modalidad virtual desde casa, siendo un reto retornar al hospital para el internado que tuvo una duración de 10 meses, de junio del 2022 a marzo del 2023. **Objetivo:** describir las experiencias y competencias adquiridas de manera satisfactoria durante el internado médico realizado en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” y SBS durante los años 2022 y 2023. **Material y Método:** se realizó una revisión de ocho historias clínicas, dos por cada servicio de rotación que fueron Medicina Interna, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Pediatría. **Resultados:** Caso N°1: mujer de 30 años, diagnóstico de ingreso: rotura prematura de membranas de +/- 7 horas, diagnóstico definitivo: rotura prematura de membranas. Caso N°2: mujer de 29 años, diagnóstico de ingreso: amenaza de aborto, diagnóstico definitivo: amenaza de aborto. Caso N°3: varón de 2 años, diagnóstico de ingreso: urticaria vs. angioedema, diagnóstico definitivo: urticaria. Caso N°4: mujer de 4 años, diagnóstico de ingreso: Sd. Emético y diarrea aguda, diagnóstico definitivo: diarrea aguda infecciosa disintérica. Caso N°5: varón de 55 años, diagnóstico de ingreso: Sd. Doloroso Abdominal, diagnóstico definitivo: apendicitis aguda perforada más peritonitis generalizada. Caso N°6: varón de 27 años, diagnóstico de ingreso: fractura de tibia y peroné, diagnóstico definitivo: fractura diafisaria de tibia y peroné. Caso N°7: varón de 38 años, diagnóstico de ingreso: Sd. Febril, paraparesia, diagnóstico definitivo: infección de tracto urinario complicada. Caso N°8: mujer de 64 años, diagnóstico de ingreso: Sd. Doloroso abdominal, diagnóstico definitivo: pancreatitis aguda. **Conclusiones:** se han adquirido conocimientos, habilidades y actitudes profesionales adecuadas para poder realizar una correcta atención como médicos en el ámbito laboral. **Palabras clave:** internado, Chancay, pandemia, hospital.

ABSTRACT

Introduction: The medical internship is carried out during the last year of the Human Medicine degree, it is a fundamental and important stage where all the knowledge acquired in previous years is applied and reinforced, both in the theoretical and practical part. Due to the context of the 2020 COVID-19 pandemic, this promotion carried out two years of virtual classes and practices from home, being a challenge to return to the hospital for the internship that lasted 10 months, from June 2022 to March 2023. **Objective:** to describe the experiences and skills acquired satisfactorily during the medical internship held at the Chancay Hospital "Dr. Hidalgo Atoche López" and SBS during the years 2022 and 2023. **Material and Methods:** a review of eight clinical histories was carried out, two for each rotation service that were Internal Medicine, Surgery, Gynecology-Obstetrics and Pediatrics. **Results:** Case No. 1: 30-year-old woman, admission diagnosis: premature rupture of membranes of +/- 7 hours, definitive diagnosis: premature rupture of membranes. Case No. 2: 29-year-old woman, admission diagnosis: threatened abortion, final diagnosis: threatened abortion. Case No. 3: 2-year-old male, admission diagnosis: urticaria vs. angioedema, definitive diagnosis: urticaria. Case No. 4: 4-year-old woman, admission diagnosis: Emetic Sd. and acute diarrhea, definitive diagnosis: acute infectious dysenteric diarrhea. Case No. 5: 55-year-old male, admission diagnosis: Abdominal pain Sd., definitive diagnosis: acute perforated appendicitis plus generalized peritonitis. Case No. 6: 27-year-old male, admission diagnosis: fracture of the tibia and fibula, definitive diagnosis: diaphyseal fracture of the tibia and fibula. Case No. 7: 38-year-old male, admission diagnosis: Febrile Sd., paraparesis, definitive diagnosis: complicated urinary tract infection. Case No. 8: 64-year-old woman, admission diagnosis: Abdominal Pain Sd., definitive diagnosis: acute pancreatitis. **Conclusions:** adequate knowledge, skills and professional attitudes have been acquired to be able to provide correct care as doctors in the workplace. **Key Words:** internship, Chancay, pandemic, hospital.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL DE CHANCAY Y S.B.S. “
DR. HIDALGO ATOCHE LÓPEZ”, JUNI**

AUTOR

FRANCO HUMBERTO ALVIZURI GONZÁ

RECUENTO DE PALABRAS

11739 Words

RECUENTO DE CARACTERES

67344 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

50 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

137.0KB

FECHA DE ENTREGA

May 18, 2023 11:43 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

May 18, 2023 11:44 AM GMT-5

● **19% de similitud general**

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

- 19% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



**Dr. HUGO ANÍBAL ORTÍZ SOUZA
ASESOR**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-3619-2120>

INTRODUCCIÓN

El internado médico se realiza el último año de la carrera de Medicina Humana, durante ese periodo de tiempo se aplica todo lo aprendido los años previos de carrera, tanto la parte teórica como la práctica.

Se considera una etapa muy importante, la etapa final para ser médico. Durante todo este período, existe un largo aprendizaje sobre el sistema de salud de nuestro país, la relación médico-paciente es más frecuente y cercana. Los internos viven de más cerca todo el proceso de atención médica, los doctores nos guían para aprender a hacer un correcto diagnóstico y manejo de cada paciente; y que además se complementa con instruir acerca de la importancia de la promoción en salud, que se desarrolla con ayuda de otros servicios y departamentos del hospital.

El período de internado médico consta de 4 rotaciones donde los internos de medicina permanecerán durante un tiempo determinado ya sea en un centro de salud o en un hospital. Las 4 áreas de rotación son: Medicina Interna, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Pediatría.

Realicé mi año de internado médico en el Hospital de Chancay “Dr. Hidalgo Atoche López” y SBS, que se encuentra ubicado en el distrito de Chancay, provincia de Huaral, departamento de Lima. Debido al contexto nacional del año 2020, año de la pandemia del COVID-19, el internado de Medicina duró 10 meses, desde el 01 de junio del 2022 hasta el 31 de marzo del 2023.

El internado debió iniciar el 01 de mayo del 2022 y finalizar el 28 de febrero del 2023, pero solamente algunos establecimientos de salud cumplieron esa fecha, ya que aún no habían sido publicados los lineamientos para el inicio del Internado. El 22 de mayo se publica la Resolución Ministerial N° 351-2022 por parte del Ministerio de Salud (MINSa) que aprobó el Documento “Directiva Administrativa para el Desarrollo de Actividades del Internado en Ciencias de la Salud”. (1)

El presente documento establece las disposiciones generales y específicas, donde señalan las responsabilidades y derechos de cada interno. De igual manera, dentro de las disposiciones se señala que la rotación en el primer nivel de atención, no sea menor al 20% del tiempo destinado para el internado, en caso no se logre completar la rotación completa en el establecimiento hospitalario.

En el caso del Hospital de Chancay, era viable realizar el internado médico los 10 meses en el establecimiento hospitalario.

En este trabajo se presenta las vivencias y aprendizajes dentro del Hospital de Chancay durante el año de internado médico en el periodo 2022-2023.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

A continuación, se presentarán ocho casos clínicos que tuve como experiencias durante el desarrollo de mis cuatro rotaciones, durante mi internado médico en el Hospital de Chancay.

I.1. ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

La rotación inicial del internado médico comenzó el 01 de junio del 2022 y culminó el 15 de agosto del 2022. Ésta consistió en rotar por Emergencia, Centro Obstétrico, Hospitalización y Consultorio Externo, por un período de 18 días aproximadamente en cada uno.

Caso Clínico N°1

Paciente de sexo femenino de 30 años, con antecedentes de importancia: 3 gestaciones, 1 hijo vivo y 1 aborto. Acude a Emergencia acompañado de su pareja.

Funciones vitales:

- Temperatura: 36.5 °C
- Frecuencia cardíaca: 65 x minuto
- Frecuencia respiratoria: 18 x minuto
- Presión Arterial: 120/70
- Saturación de O₂: 99%

Paciente refiere que presenta un tiempo de enfermedad de 7 horas, que se inicia con la pérdida de líquido amniótico claro acompañado de contracciones uterinas cada cinco minutos, percibe movimientos fetales, niega sangrado vaginal y niega signos de irritación cortical.

Al examen físico: Útero grávido, tono conservado, altura uterina de 33 cm, longitudinal, cefálico, derecho, latidos cardiacos fetales en 137 x minuto, movimientos fetales (++) , dinámica uterina de 2 cada 10 minutos de 20 segundos de duración. Al tacto vaginal, cérvix lateralizado, permeable dos dedos, borramiento del 50% y altura de presentación en -4. Membranas rotas con líquido amniótico claro.

Diagnóstico:

- G3 de 39 semanas y 3 días por Ecografía de primer trimestre
- Pródromos de trabajo de parto
- Rotura Prematura de Membranas de +/- 7 horas

Plan: Se decide pasar paciente a piso de hospitalización, al servicio de Obstetricia con alto riesgo obstétrico. Seis horas después de subir a piso, se reevalúa paciente refiriendo contracciones uterinas cada tres minutos, percibe movimientos fetales, pérdida de líquido amniótico claro, no sangrado vaginal. Al realizarle un nuevo examen físico la dinámica uterina sube a 3 cada 10 minutos, la dilatación esta en 1 cm, borramiento del 80% y altura de presentación en -3. Por lo que se decide dar evolución espontánea, cobertura antibiótica, reevaluación en 4 horas y monitoreo fetal. Cuatro horas después la paciente llega a dilatación de 7 cm y altura de presentación en -2. Una hora después se produce el parto eutócico y se obtiene un recién nacido de sexo femenino. Apgar 9/9, Capurro de 39 semanas, con peso de 3635 gramos, talla de 49 cm, perímetro cefálico de 35 cm y perímetro torácico de 34 cm. Placenta completa tipo Schultze, con sangrado de +/- 100 cc, paciente pasa a puerperio inmediato.

Luego pasa a hospitalización de obstetricia, con evolución favorable, niega presencia de dolor, niega otras molestias, útero contraído a 2 cm por debajo de la cicatriz umbilical, loquios hemáticos escasos sin mal olor.

Paciente con diagnósticos de puérpera inmediata de parto vaginal y anemia leve, ya que su hemoglobina estaba en 10 gr/dl. Continúa tratamiento con sulfato ferroso y paracetamol. Al día siguiente, paciente con notoria mejoría clínica es dada de alta con medicación para casa y control por consultorio externo de ginecología en siete días.

Caso Clínico N°2

Paciente de sexo femenino de 29 años, sin antecedentes de importancia. Acude a Emergencia acompañado de su pareja.

Funciones vitales:

- Temperatura: 36.8 °C
- Frecuencia cardíaca: 74 x minuto
- Frecuencia respiratoria: 20 x minuto
- Presión Arterial: 110/70
- Saturación de O₂: 97%

Paciente refiere un tiempo de enfermedad de 4 horas, que se inicia con un sangrado vaginal escaso de color rojizo oscuro, que se acompaña de dolor abdominal en zona de mesogastrio e hipogastrio de leve intensidad que aumenta con las horas, niega fiebre, niega otras molestias. Dolor no cede por lo que acude a emergencia.

Al examen físico: abdomen blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, con leve dolor a la palpación profunda. Genitales externos y glándulas sin lesiones, se evidencian rastros de sangrado, especuloscopia sin sangrado activo con manchas de sangrado en canal vaginal. Al tacto vaginal se encuentra cérvix con localización posterior, cerrado o manchas escasas de sangre en guante.

Diagnóstico:

- Gestación inicial de 8 semanas
- Amenaza de aborto

Plan: Se decide solicitar un hemograma completo, examen de orina, perfil de coagulación y beta HCG, además de una ecografía transvaginal. Se reevalúa con resultados que muestran una Hemoglobina de 12 gr/dl, leucocitos en 9 mil, perfil de coagulación con valores normales, beta HCG de 11 300, y examen de orina normal. La ecografía mostró una cavidad endometrial ocupada por un saco gestacional, con reacción de trofoblastos presente, con esbozo embrionario sin actividad cardíaca presente. Se concluye como diagnóstico una gestación única activa de 8 semanas 2 +/- 2 días y amenaza de aborto.

Se opta por pasar a paciente a piso de hospitalización para monitorizarla y hacer un control de su gestación. Además, se le añade Hioscina condicional a dolor intenso y progesterona por vía oral por dos días con ácido fólico por vía oral. Se le indica reposo absoluto, paciente evoluciona de manera favorable y es dada de alta con control por consultorio externo de ginecología en 07 días.

I.2. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

La segunda rotación del internado médico comenzó el 15 de agosto del 2022 y terminó el 31 de octubre del 2022. Ésta consistió en rotar por Emergencia, Alojamiento Conjunto, Hospitalización y UCIN neonatal, por un período de 18 días aproximadamente en cada uno.

Caso Clínico N°3

Paciente de sexo masculino de 2 años, con antecedentes de hospitalizaciones previas por alergias, llega a Emergencia traído por sus padres.

Funciones vitales:

- Temperatura: 37.1 °C
- Frecuencia cardíaca: 133 x minuto
- Frecuencia respiratoria: 24 x minuto
- Presión Arterial: 110/70
- Saturación de O2: 98%

Madre de familia refiere que su menor hijo presenta un tiempo de enfermedad de 3 días, que inicia con prurito generalizado y aparición de lesiones eritematosas en tronco y genitales, acompañado de sensación de alza térmica, al día siguiente acude a Emergencia y se le administra Dexametasona por vía intramuscular + Clorfenamina por vía oral. Un día atrás, presentó lesiones tipo habones eritematosas y pruriginosas que se extienden por todo el cuerpo, comenzando en rostro, cuello, región dorsal, abdomen, genitales, miembros superiores y miembros inferiores, por lo que acuden a Emergencia.

Al examen físico: lesiones tipo habones eritematosas generalizadas, algunas con relieve y con coloración violácea.

Diagnóstico:

- Urticaria vs. Angioedema

Plan: Debido a la recurrencia de cuadros alérgicos en los últimos cinco días se decide hospitalizar al paciente. Previo a eso, se le realiza hemograma completo y proteína C reactiva. Se decide iniciar tratamiento con dieta blanda hipoalérgica, se le coloca vía salinizada, se añade dexametasona endovenosa y antihistamínicos como clorfenamina por vía endovenosa y desloratadina por vía oral. Su resultado de laboratorio nos mostró una Hemoglobina de 12 gr/dl, leucocitos en 8 mil y una proteína C reactiva en 45 mg/L.

Paciente sube a piso de hospitalización, y se le confirma el diagnóstico de urticaria, por lo que se decide continuar tratamiento. Paciente evoluciona favorablemente, afebril, no refiere presencia de dolor, niega otras molestias. Permanecen algunas lesiones tipo máculas en abdomen de color pardusco de bordes irregulares y otras van disminuyendo. Al día siguiente se encuentra marcada mejoría con lesiones escasas, por lo que se decide darle de alta y continuar tratamiento antihistamínico con clorfenamina y desloratadina vía oral en casa, y control por consultorio de pediatría en 7 días.

Caso Clínico N°4

Paciente de sexo femenino de 4 años, sin antecedentes de importancia, llega a Emergencia traído por sus padres.

Funciones vitales:

- Temperatura: 36.6 °C
- Frecuencia cardíaca: 128 x minuto
- Frecuencia respiratoria: 22 x minuto
- Presión Arterial: 110/80
- Saturación de O₂: 97%

Padre de familia refiere que su menor hija, presenta un tiempo de enfermedad de dos días que cursa con ocho episodios de deposiciones de consistencia líquida acompañado de moco y sangre, se añade náuseas y cinco episodios de vómitos de contenido bilioso, se automedica con Paracetamol, sin mejoría alguna por lo que acude a emergencia.

Al examen físico: Abdomen blando, depresible, ruidos hidroaéreos aumentados en frecuencia e intensidad, doloroso a la palpación superficial y profunda en región de mesogastrio e hipogastrio.

Diagnóstico:

- Síndrome emético
- Diarrea Aguda

Plan: Se le solicita hemograma completo, proteína C reactiva y prueba COVID. Se decide iniciar tratamiento con hidratación con cloruro de sodio y potasio, además se añade dextrosa al 5% y se inicia cobertura antibiótica con Ceftriaxona. Se complementa tratamiento con Ranitidina, Metamizol, Hioscina y Ketoprofeno condicional a dolor abdominal intenso. Se reciben resultados de laboratorio donde se encuentra una Hemoglobina de 13 gr/dl, leucocitos en 11 mil y proteína C reactiva en 43 gr/L. Por lo que se decide pasar a la paciente a piso de hospitalización con un diagnóstico de diarrea aguda infecciosa disentérica. La paciente culmina su tratamiento antibiótico por siete días, evoluciona de manera muy favorable, se muestra afebril, no refiere dolor ni otras molestias. Se le realiza analítica de control y se evidencia mejoría respecto a valores de ingreso por lo que se decide darle alta y control por consultorio de pediatría en siete días.

I.3. ROTACIÓN DE CIRUGÍA

La tercera rotación del internado médico comenzó el 01 de noviembre del 2022 y terminó el 15 de enero del 2023. Ésta consistió en rotar por Emergencia, y Hospitalización de Cirugía y Traumatología. En el servicio de Emergencia, la rotación duraba 15 días aproximadamente y en Hospitalización 30 días en Cirugía y 30 días en Traumatología.

Caso Clínico N°5

Paciente de sexo masculino de 55 años, sin antecedentes de importancia, llega a Emergencia traído por un familiar.

Funciones vitales:

- Temperatura: 39.8 °C
- Frecuencia cardíaca: 114 x minuto
- Frecuencia respiratoria: 22 x minuto
- Presión Arterial: 130/70
- Saturación de O2: 94%

Paciente refiere un tiempo de enfermedad de 7 horas, se inicia con dolor tipo cólico, se añaden náuseas y vómitos asociado a fiebre.

Al examen físico: Abdomen poco blando y depresible, Ruidos hidroaéreos (+), doloroso a la palpación en epigastrio, mesogastrio y fosa iliaca derecha. Mc Burney (+).

Diagnóstico:

- Síndrome Doloroso Abdominal: Descartar: Apendicitis Aguda

Plan: Se puso al paciente en NPO, se inició hidratación endovenosa con suero fisiológico y Omeprazol como protector gástrico. Se le solicitó Hemograma completo, PCR y Examen de Orina y reevaluación con resultados.

Se reevalúa paciente con resultados de laboratorio, donde se evidencia leucocitosis y Proteína C Reactiva elevada. Se decide realizar interconsulta a Cirugía, para sugerencias y evaluación por su especialidad. Médico cirujano evalúa al paciente y le da el diagnóstico de Apendicitis Aguda Complicada. Se le realizan los exámenes prequirúrgicos al paciente y pasa a sala de operaciones para realizarle una Apendicectomía Laparoscópica de Emergencia.

En sala de operaciones, se halla un apéndice cecal de 10 x 1.5 cm. gangrenado y perforado en base, se deja Dren tubular y se da el diagnóstico postoperatorio de Apendicitis Aguda Perforada + Peritonitis Generalizada.

Se decide iniciar tratamiento con hidratación parenteral, y se añade Metronidazol, Ciprofloxacino, Ranitidina y Metamizol. Paciente en su evolución refiere leve dolor en zona de herida operatoria y continúa su tratamiento inicial. Luego de 3 días, paciente afebril, no refiere dolor, niega otras molestias, culmina su tratamiento antibiótico endovenoso y es dado de alta. Paciente se va con tratamiento antibiótico vía oral con Ciprofloxacino y Metronidazol para completar tratamiento en casa por 7 y 5 días, respectivamente. Además, se le indica control por consultorio externo de Cirugía en 7 días. Se realizó seguimiento de resultado de anatomía patológica con los siguientes diagnósticos hallados: Apendicitis Aguda Gangrenosa y Peritonitis Periapendicular.

Caso Clínico N°6

Paciente de sexo masculino de 27 años, sin antecedentes de importancia, llega a Emergencia traído por una ambulancia junto a sus familiares.

Funciones vitales:

- Temperatura: 36.8 °C
- Frecuencia cardíaca: 86 x minuto
- Frecuencia respiratoria: 17 x minuto
- Presión Arterial: 120/70
- Saturación de O₂: 98%

Paciente refiere un tiempo de enfermedad de 2 días, relata que sufre accidente con amoladora en pierna izquierda con abundante sangrado. Acude al Hospital de Huaral, donde le suturan herida, le colocan yeso y calman el dolor. Decide pedir su alta voluntaria por falta de atención y acude al Hospital de Chancay para manejo de accidente.

Al examen físico: miembro inferior izquierdo con yeso, dolor moderado y pulso pedio presente.

Con resultados de Tomografía Espiral Multicorte donde se evidencia trazo de fractura oblicua en tercio distal de tibia y peroné izquierdo.

Diagnóstico:

- Fractura de tibia izquierda
- Fractura de peroné izquierdo

Plan: Se le coloca una vía salinizada permeable al paciente, se inicia manejo del dolor con Ketoprofeno, se le solicitan exámenes prequirúrgicos, Electrocardiograma + riesgo quirúrgico y se decide hospitalizarlo para entrar a operarlo al día siguiente. Al día siguiente, en sala de operaciones, se le realiza una fijación externa de tibia izquierda y se inicia manejo antibiótico con Cefazolina y Gentamicina, además de manejo de dolor con Ketoprofeno.

Luego de finalizar el tratamiento, paciente presenta picos febriles y se decide realizar una Interconsulta a Infectología que sugiere iniciar cobertura con Piperacilina – Tazobactam y Azitromicina. Al día siguiente, el médico traumatólogo revisa la herida y decide realizar una limpieza quirúrgica en sala de operaciones, donde se encuentra secreción purulenta escasa acompañada de tejido desvitalizado muscular y tendinoso, los cuales se retiran. Se le realiza un cultivo de secreción que da positivo a Klebsiella Neumoniae.

Paciente evoluciona de manera favorable, se encuentra afebril 7 días, pero durante la visita médica, se observa que aún presenta escasa secreción purulenta y se decide realizarle una 2da limpieza quirúrgica en sala de operaciones. Se le añade Amikacina como complemento antibiótico y Pregabalina como manejo de dolor neuropático. Ocho días después de la 2da limpieza quirúrgica se le pide un control de laboratorio y se vuelve a solicitar una interconsulta a Infectología que sugiere iniciar tratamiento con Ceftazidima por 7 días ya que no se evidenciaba leucocitosis.

Paciente evoluciona de manera favorable, afebril, con limpieza de fijación externa diariamente, culmina tratamiento endovenoso y es dado de alta con tratamiento antibiótico vía oral con Ciprofloxacino y Clindamicina, y control por consultorio de Traumatología en 7 días.

I.3. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

La cuarta y última rotación del internado médico comenzó el 15 de enero del 2023 y finalizó el 31 de enero del 2023. Ésta consistió en rotar por Emergencia, y Hospitalización de Medicina Interna. En el servicio de Emergencia, la rotación duraba 15 días aproximadamente y en Hospitalización 60 días.

Caso Clínico N°7

Paciente de sexo masculino de 38 años con antecedentes de importancia de postrado crónico, traumatismo vertebro medular y vejiga neurogénica hace 20 años e infecciones del tracto urinario a repetición. Llega a Emergencia traído por un familiar.

Funciones vitales:

- Temperatura: 37.5 °C
- Frecuencia cardíaca: 120 x minuto
- Frecuencia respiratoria: 22 x minuto
- Presión Arterial: 90/60
- Saturación de O₂: 96%

Paciente refiere un tiempo de enfermedad de 4 días, refiere dolor en zona lumbar, acompañado de fiebre, y molestias al miccionar.

Al examen físico: Abdomen blando, depresible. Puño percusión Lumbar (+) y Puntos Renoureterales (+).

Diagnóstico:

- Síndrome Febril por Infección de Tracto Urinario
- Paraparesia por Lesión Medular
- Úlcera por presión bitrocantérica de segundo y tercer grado

Plan: Se decide iniciar con dieta blanda asistida, hidratación con dos litros en dos horas de cloruro de sodio. Se inicia cobertura antibiótica con Meropenem y complementar con Metamizol, Enoxaparina y Metoclopramida. Además, se le decide pedir hemograma completo, urea, creatinina, proteína C reactiva, examen de orina con urocultivo y prueba de COVID para pasar al paciente a observación.

Se evalúa resultados de laboratorio y se encuentra una hemoglobina de 10 gr/dl, leucocitos en 13 mil y una proteína C reactiva de 248 mg/L. El examen de orina dio un resultado de leucocitos mayor de 100 por campo y hematíes de 22-24. Días después se confirmó el diagnóstico con un resultado de urocultivo positivo a *Escherichia coli*.

Paciente continúa tratamiento en observación por un día y luego sube a hospitalización de medicina interna donde se le da el diagnóstico definitivo de infección de tracto urinario complicada. Se decide continuar el tratamiento iniciado en emergencia y se añade curación diaria de úlceras por presión. Paciente evoluciona de manera favorable durante 12 días recibiendo 14 días de Meropenem, estuvo afebril mientras estuvo hospitalizado, no refería dolor ni molestias.

Su examen de laboratorio de control mostró una hemoglobina de 12,5 gr/dl, leucocitos en 6 mil y una proteína C reactiva de 8 mg/dl. Luego de cumplir tratamiento antibiótico, paciente es dado de alta para posterior control por consultorio de medicina interna en 7 días.

Caso Clínico N°8

Paciente de sexo femenino de 64 años sin antecedentes de importancia. Llega a Emergencia traído por dos familiares.

Funciones vitales:

- Temperatura: 36.5 °C
- Frecuencia cardíaca: 120 x minuto
- Frecuencia respiratoria: 22 x minuto
- Presión Arterial: 90/60
- Saturación de O₂: 96%

Paciente refiere un tiempo de enfermedad de 7 horas de evolución, refiere dolor tipo urente a nivel de epigastrio que se irradia hacia la zona dorsal, añade náuseas y 03 episodios de vómitos.

Al examen físico: Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel de epigastrio, ruidos hidroaéreos (+). Añade dolor hacia zona dorsal bilateral.

Diagnóstico:

- Síndrome Doloroso Abdominal. Descartar Pancreatitis Aguda

Plan: Se decide iniciar tratamiento de hidratación con cloruro de sodio, se añade Tramadol para manejo del dolor acompañado de Hioscina y Omeprazol. Se decide pedirle hemograma completo, urea, creatinina, glucosa, perfil hepático, prueba COVID y amilasa sérica. Se añade una ecografía abdominal total. Los resultados de laboratorio muestran una Hemoglobina en 13 gr/dl, leucocitos en 10 mil y una amilasa en 750 U/L, resto de valores normales. En la ecografía abdominal no hay hallazgos de cálculos ni alteración de las vías biliares. Se decide pasar paciente a observación y al día siguiente pasa a piso de hospitalización con el diagnóstico confirmatorio de pancreatitis aguda.

En piso continúa tratamiento, se le administra Dextrosa al 5%, acompañado de cloruro de sodio, Omeprazol y se maneja dolor con Ketoprofeno y Tramadol con Dimenhidrinato. Paciente evoluciona de manera favorable, afebril, luego de 2 días dolor es mínimo y empieza a recibir dieta líquida. Continúa con hidratación endovenosa durante 3 días más, no refiere dolor, niega otras molestias. Se le realiza hemograma de control y muestra una Hemoglobina en 13 gr/dl, leucocitos en 5 mil y una amilasa de 50 U/L, por lo que la paciente es dada de alta con reevaluación por consultorio de medicina interna en 7 días.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El internado médico lo realicé en el Hospital de Chancay y SBS “Dr. Hidalgo Atoche López”, que fue inaugurado el día 17 de setiembre de 1971, durante el segundo gobierno del General Velazco Alvarado, siendo Ministro de Salud en ese momento, el General Fernando Miroquesada Bahamonde. Este hospital es un órgano desconcentrado de la Dirección de Red de Salud Huaral-Chancay del Gobierno Regional de Lima, que tiene como responsabilidad lograr que toda la población asignada tenga acceso a los servicios de salud, para recuperar y promocionar la salud, así como también apoyar a las comunidades e instituciones en la construcción de entornos saludables.

El Hospital de Chancay y Servicios Básicos de Salud tiene una extensión de terreno de 6273 metros cuadrados y se encuentra ubicado en el distrito de Chancay, provincia de Huaral y departamento de Lima. (2)

Este Hospital está categorizado como nivel II – 2 desde el 07 de junio del 2010. Cuando iniciamos el internado la dirección del nosocomio estaba a cargo del Dr. Carlos Pau Dulanto, pero desde el mes de enero del 2023 está bajo la dirección del Dr. Mirko Molina Morote.

El Hospital de Chancay está organizado bajo una dirección ejecutiva, que a la vez presenta oficinas de planeamiento estratégico, unidad de epidemiología y salud ambiental, unidad de gestión de calidad y oficinas de administración que incluyen la de unidad de personal, de economía, de logística y de servicios generales y mantenimiento. A su vez, cuenta con una unidad de estadística e informática, una unidad de apoyo a la docencia e investigación y una unidad de seguros. También cuenta con varios departamentos como el de consulta externa y hospitalización, donde podemos encontrar los consultorios de diversas especialidades como urología, cardiología, gastroenterología, neumología, psiquiatría, neurología, endocrinología, entre otros.

También encontramos los departamentos de medicina, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia, enfermería, odontoestomatología, emergencia y cuidados críticos, anestesiología y centro quirúrgico, patología clínica y anatomía patológica, diagnóstico por imágenes y el departamento de apoyo al tratamiento que incluye los servicios de nutrición y dietética, servicio social, servicio de psicología y servicio de farmacia. (3)

El rol que tenía cada interno de Medicina dependía del servicio y departamento donde rotaba, pero en general; tenía el primer contacto con el paciente, realizaba la entrevista con una adecuada anamnesis, seguido del examen físico y luego la discusión con el médico asistente para brindar un adecuado tratamiento de acuerdo con la impresión diagnóstica. También se encargaba de realizar las historias clínicas, realizar un seguimiento a los pacientes, así como efectivizar si había exámenes de laboratorio, de imágenes o interconsultas pendientes. Otras funciones eran realizar procedimientos de acuerdo con el departamento de rotación como, por ejemplo; colocación de sonda vesical, toma de muestra de gases arteriales, colocación de yesos o férulas, atención de parto, aspiración manual endouterina, entre otras. También había que realizar la documentación que incluía el llenado de los FUA, hojas de referencia, contrarreferencias o interconsultas a otros establecimientos de salud de mayor complejidad, recetas y órdenes de laboratorio, imágenes que haya solicitado el médico asistente.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1. ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Caso Clínico N°1

La rotura prematura de membranas es cuando hay un rompimiento de las membranas ovulares antes del inicio del parto con la salida de líquido amniótico. La mayoría son a término y el parto se dará incluso en condiciones cervicales desfavorables en las siguientes 24 horas. Las pretérmino son más infrecuentes, pero puede complicar un 2-4 % de las gestaciones únicas y un 7-20 % de las gestaciones gemelares. (4). Los factores de riesgo más frecuentes son el parto pretérmino previo, embarazo múltiple y complicaciones asociadas, rotura prematura de membrana previa, trastornos hipertensivos del embarazo, restricción del crecimiento intrauterino, hemorragia anteparto y madre prematura. (5)

El diagnóstico es clínico evidenciando la salida de líquido amniótico en la exploración vaginal. En caso de duda, se puede recurrir a evaluar el pH vaginal, debiendo ser alcalino ($\text{pH} > 6.5$), además se puede solicitar una ecografía fetal, pero tiene una escasa sensibilidad y especificidad. En casos muy seleccionados se podría realizar una amniocentesis diagnóstica, ya que en dilataciones avanzadas con membranas expuestas pueden presentar falsos positivos. (4)

El manejo dependerá del tipo de gestación de la paciente, de las horas de evolución de la rotura prematura de membranas y de la semana de gestación de la paciente. Por eso, se debe realizar una historia clínica completa, determinando la edad gestacional, presentación fetal y estado de bienestar fetal. Luego se debe evaluar la existencia de signos de infección intrauterina, si existe riesgo de desprendimiento de placenta y compromiso fetal. Por último, realizar un monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal y de la actividad uterina. El uso de corticoides también tiene evidencia concreta de reducir la mortalidad neonatal, la hemorragia intraventricular y la enterocolitis necrotizante. (5)

Dentro de las complicaciones que presenta esta patología está la infección intraamniótica, que se define como fiebre materna mayor de 39°C en un intervalo de treinta minutos sin causa infecciosa asociada a taquicardia fetal, líquido amniótico fétido, hipersensibilidad uterina o leucocitosis materna. Otra complicación posible es el prolapso de cordón umbilical o el desprendimiento de placenta. (6)

En el caso de la paciente, teniendo en conocimiento que tenía 39 semanas de gestación aproximadamente y 7 horas aprox. de rotura de membranas, se le decide realizar un monitoreo constante desde su llegada a Emergencia, viendo su evolución espontánea sin interurrencias, se produce el parto eutócico sin complicaciones. Luego del parto presenta una evolución favorable y es dada de alta para control por consultorio externo de Ginecología en una semana.

Caso Clínico N°2

La amenaza de aborto es la complicación más frecuente durante el embarazo y se puede definir como un sangrado transvaginal antes de las 20 semanas de gestación o con un feto menor de 500 g. con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de productos de la concepción. Este ocurre en alrededor de 20% de mujeres embarazadas, aproximadamente la mitad terminará en un aborto espontáneo y un 17% presentará complicaciones tardías durante el embarazo. Se debe realizar un correcto diagnóstico diferencial con otras entidades como embarazo ectópico, embarazo molar, o amenaza de aborto con embarazo viable o no viable. (7)

Dentro de los factores de riesgo están la diabetes mellitus descompensada, hipertensión arterial, enfermedad renal, traumatismos, incompetencia ístmica cervical, alcohol, tabaco, drogas y radiaciones. La clínica de una amenaza de aborto abarca una amenorrea secundaria, una prueba de embarazo positiva, presencia de vitalidad fetal, cólicos abdominales con o sin sangrado vaginal y volumen uterino acorde con amenorrea. (8)

El diagnóstico presuntivo de una amenaza de aborto se basa en la historia de sangrado transvaginal en etapas tempranas del embarazo, en presencia de un cérvix cerrado, con o sin contracciones uterinas. La ecografía será el estudio fundamental que ayudará para establecer la presencia de embarazo y así poder excluir otras causas de hemorragia.

Para el manejo no existe una terapia efectiva. Si se continúa con el embarazo se debe dar un seguimiento semanal hasta que se resuelva el sangrado y de igual forma estar atentos por el riesgo de presentar parto pretérmino, oligohidramnios y restricción en el crecimiento intrauterino. La recomendación más común es el reposo absoluto y el pronóstico depende del grado de desprendimiento que se observe. (7)

Se han hechos estudios acerca del uso de progestágeno en pacientes con amenaza de aborto y se ha demostrado que los progestágenos pueden tener beneficios en la tasa de nacimientos vivos y tasa de aborto espontáneo en mujeres con amenaza de aborto espontáneo, pero su uso es limitado por vía oral ya que no se observaron mejoras significativas con la de tipo vagina. (9)

En el caso de la paciente, se le realiza un correcto monitoreo de la gestación, se decide pasarla a piso de hospitalización para un control mas estricto, sin interurrencia alguna. Al ver una evolución favorable, la paciente es dada de alta y con indicación de seguir con sus controles prenatales por consultorio externo de ginecología.

III.2. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Caso Clínico N°3

La urticaria es una afectación cutánea donde la lesión característica la forman los habones, los cuáles contienen un área central edematosa rodeada por eritema. Se caracteriza por su desaparición a la presión y el prurito que origina.

Estos suelen ser pruriginosos y pueden llegar a ser generalizados. Se puede distinguir la urticaria aguda de la crónica por la duración de las lesiones. En ocasiones, la urticaria aguda tiene un factor desencadenante que es fácil de identificar. La crónica se puede dividir en espontánea e inducible. En la etiología de esta enfermedad puede ser desencadenada por mecanismo inmunológicos que son mediados o no por la inmunoglobulina E y mecanismos no inmunológicos no alérgicos por estimulación directa de los mastocitos. (10)

En estudios de análisis genéticos realizados en pacientes con urticaria crónica se han propuesto varios polimorfismos en genes que se relacionan con activación de mastocitos y del metabolismo de la histamina. Así como con genes relacionados con vías bioquímicas de leucotrienos, del ácido araquidónico y del receptor de prostaglandina E2, los cuales se considera que participan con un incremento en la síntesis de leucotrienos como mecanismo patogénico. (11)

El pilar fundamental para su diagnóstico es la historia clínica y la exploración física que va a confirmar las lesiones cutáneas características. Se debe realizar una amplia investigación de datos sobre la aparición de síntomas acompañantes y su posible progresión a anafilaxia, antecedentes de cuadros similares, toma de fármacos. Además; se debe realizar diagnóstico diferencial con otras patologías como exantemas virales, síndrome de Sweet, síndrome auriculotemporal, dermatitis atópica, picaduras de insectos, entre otras.

El manejo se realiza con antihistamínicos orales. Se suelen usar los de segunda generación porque tienen menos efectos secundarios que los de primera. Debe limitarse el uso de corticoesteroides orales a casos en los que los síntomas no reviertan con antihistamínicos y si hay angioedema asociado. (12)

En el caso del paciente, presentaba cuadros recurrentes de alergias, por lo que se decide su paso a piso de hospitalización, donde se le da tratamiento con antihistamínicos y corticoesteroides sin interurrencias y con evolución favorable, por lo que se le da de alta y se le indica control por consultorio externo de pediatría en una semana.

Caso Clínico N°4

La diarrea aguda es la evacuación de tres o más deposiciones blandas o líquidas por día, durante 3 o más días y menos de 14 días junto con una disminución de la consistencia habitual. La principal causa de diarrea en los niños son los virus, representando el 70-90 % de los casos. Las bacterias también pueden originar las diarreas, pero con menos frecuencia. (13)

En el cuadro clínico, es esencial averiguar en la historia clínica sobre el tiempo de enfermedad, características de las evacuaciones, presencia de otros elementos como moco, sangre, alimentos no digeridos, frecuencia de evacuaciones, presencia de vómitos, fiebre, irritabilidad, decaimiento, sed, capacidad de recibir alimentos, diuresis. Luego al realizar el examen físico, se debe evaluar el estado general del niño, su estado de conciencia, y el estado de hidratación del paciente.

La sintomatología típica de una infección por rotavirus que es la más frecuente son los vómitos, seguido de diarrea, mucosa severa con restos de leche con más de ocho evacuaciones al día con o sin fiebre, con una duración promedio de aproximadamente 5 días. (14)

Para el diagnóstico no se recomiendan los exámenes auxiliares, salvo circunstancias especiales y excepcionales como una duración larga, una sospecha de bacteriemia o sepsis, presencia de moco o sangre, paciente con inmunosupresión, desnutrido o lactante menor de 3 meses. Los exámenes imagenológicos como radiografía, ecografía de abdomen o tomografía axial computarizada de abdomen solo deben hacerse en caso de sospecha de intususcepción en el lactante o complicaciones como íleo paralítico. Si el paciente presenta un cuadro severo o tóxico se pueden indicar análisis de electrolitos séricos, gases arteriales y exámenes hematológicos.

El manejo se dará en función de la evaluación de la deshidratación del paciente, con terapia de rehidratación oral o endovenosa y uso de antibióticos en caso sea una diarrea infecciosa de etiología bacteriana. La rehidratación oral puede reducir entre el 40-50% de las tasas de letalidad intrahospitalaria, permite continuar la

alimentación del paciente pediátrico y es aplicable en cualquier grupo de edad, pero si se cuenta con rehidratación endovenosa aplicarla en el paciente. (13)

La rehidratación oral ha demostrado ser la forma más segura, efectiva y barata de prevenir y tratar las alteraciones hidroelectrolíticas. Se ha concluido que es tan efectiva como la vía intravenosa en la deshidratación leve y moderada con una tasa muy baja de fracasos. Aunque es muy efectiva en reponer pérdidas hidroelectrolíticas, no tiene ningún efecto sobre el volumen de pérdida de líquidos o en el tiempo de duración de la diarrea. Por lo que se han ensayado diversas modificaciones como los polímeros de glucosa, probióticos, aminoácidos, zinc, prebióticos. (15)

En el caso del paciente, éste presenta varios episodios de diarrea aguda infecciosa disentérica por lo que se decide su paso a hospitalización para un manejo endovenoso más estricto. Luego de culminar su tratamiento antibiótico intravenoso, el paciente es dado de alta por el médico asistente con la indicación de acudir a control por consultorio externo de pediatría en siete días.

III.3. ROTACIÓN DE CIRUGÍA

Caso Clínico N°5

La apendicitis aguda se define como la inflamación del apéndice cecal y representa la causa más común de dolor abdominal aguda. Se puede dividir en dos subgrupos principales, apendicitis no complicada y complicada. Esta patología se inicia cuando ocurre una obstrucción directa del lumen apendicular que puede originarse por un fecalito, hiperplasia linfoidea, o heces impactadas. La presentación clínica puede variar, pero la típica presenta dolor abdominal que inicia en la región central del abdomen y luego migra hacia el cuadrante inferior derecho, con dolor a la palpación superficial y profunda, puede acompañarse de náuseas, vómitos, fiebre y pérdida de apetito. (16)

La apendicitis aguda representa la indicación más común de cirugía abdominal de tipo no traumática de urgencia, es más frecuente entre la segunda y tercera década de la vida, además de tener una asociación con sobrepeso en 18% y obesidad en 82%. (17)

El diagnóstico clínico en algunos puede no ser tan evidente, cada uno de los signos clínicos tiene un valor predictivo bajo, pero combinándolos el valor predictivo es mucho mayor. Dentro de los biomarcadores de ayuda se puede usar el leucograma, pero tiene poca exactitud diagnóstica. El score más utilizado es el de Alvarado que incluye hallazgos en el examen físico y valores de laboratorio, como migración del dolor a fosa iliaca derecha, anorexia, náuseas y/o vómitos, dolor a la palpación en fosa iliaca derecha, signo de rebote positivo, fiebre y leucocitosis. Para el diagnóstico imagenológico, la ecografía puede ser de ayuda para confirmar la presencia de la apendicitis, pero no es confiable para excluir el diagnóstico. Por eso, se utiliza la tomografía axial computarizada como gold estándar. Es importante tomar en cuenta los diagnósticos diferenciales posibles como urolitiasis, quiste ovárico, embarazo ectópico y gastroenteritis. (18)

El manejo es monitorizar al paciente desde que llega a la emergencia, se debe tomar en cuenta en que fase de la apendicitis puede encontrarse, si se confirma el diagnóstico el manejo es quirúrgico. Para luego decidir que tipo de cirugía se realizará, se debe considerar los aspectos que favorezcan la utilización de las técnicas, ya sea de tipo laparoscópica o cirugía convencional abierta.

Dentro de las posibles complicaciones de la apendicectomía pueden ser de tipo tempranas como la hemorragia apendicular, hematoma de pared, infección de sitio operatorio, dehiscencia del muñón, evisceración y de tipo tardías como el síndrome adherencial, obstrucción intestinal, eventración, entre otras. (19)

En el caso del paciente, éste estaba en fase perforada de la apendicitis y se añadió una peritonitis generalizada por lo que el manejo quirúrgico fue el indicado, post operación evolucionó de manera favorable y se le dio de alta con indicaciones de acudir por consultorio externo de cirugía en siete días.

Caso Clínico N°6

Las fracturas diafisarias de tibia y peroné son las más frecuentes de los huesos largos, con una incidencia de 26 cada 100 000 habitantes, además de ser una lesión que presenta mayor probabilidad de pseudoartrosis. Además; el tercio distal tiene más alta incidencia de fractura y la convierten una afección traumática de difícil manejo con probabilidad de mal pronóstico, ya que tiene pobre cobertura músculo cutánea y que a su vez es responsable de la disminución de la vascularización que hace lento el proceso de consolidación ósea, cicatrización de partes blandas, dehiscencia de las heridas y desarrollo de infecciones. (20)

El diagnóstico clínico consiste en determinar la localización y clasificar la fractura. Se debe calcular el centro de la fractura, su exacta localización y definir los límites de ella. El manejo dependerá de la gravedad de la lesión, se debe evaluar si hay presencia de lesión vascular, daño de partes blandas, extensión articular, entre otras. El tratamiento conservador con la colocación de yeso presenta alta incidencia de pérdida de la reducción y desarrollo de anquilosis articulares por el largo tiempo que se necesita para lograr la consolidación ósea. (21)

La fijación intramedular es uno de los métodos más empleados en fractura de diáfisis tibial, sin tener en cuenta el tercio afectado y se ha visto que la corrección de la alineación en el tercio distal con clavo es mejor. La mayoría de los clavos actuales tienen la posibilidad de fijarse en múltiples planos y distancias lo que permite lograr la estabilidad adecuada. La fijación externa puede ser aplicada de forma transitoria o definitiva, en especial para fracturas de alta energía, así como también en pacientes con edema marcado y politraumatizados. (22)

En el caso del paciente, se le decide realizar una fijación externa con evolución favorable pese a las limpiezas quirúrgicas que tuvieron que realizarle. El médico asistente indicó que luego de sus controles por consultorio externo, monitoreo constante y luego de 10 semanas se le iba a retirar la fijación externa y se le realizaría una fijación intramedular como tratamiento definitivo.

III.4. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso Clínico N°7

La infección del tracto urinario describe cualquier infección que involucre cualquier parte del tracto urinario. Es considerada una respuesta inflamatoria del urotelio a la interacción de la virulencia de las bacterias y otros factores específicos e inespecíficos de las defensas del hospedador. Se clasifica en infección urinaria no complicada que se trata de una infección aguda, esporádica o recurrente del tracto urinario inferior y/o superior; por otro lado, está la infección urinaria complicada que incluye a las infecciones urinarias con una mayor probabilidad que tenga un curso complicado. (23)

Existen muchos factores de riesgo que pueden facilitar o predisponer al fenómeno migratorio del patógeno como las relaciones sexuales, hábitos de micción, uso de espermicidas, factores genéticos, estreñimiento, entre otros. En el caso de infecciones de tracto urinario complicada, está el embarazo, inmunosuprimidos, obstrucción del tracto urinario, insuficiencia renal, diabetes, sexo masculino, síntomas prolongados más de siete días, etc. (24)

El patógeno causal más frecuente de ITU es la *Escherichia coli*, que representa un 80% de los casos. Otros patógenos frecuentes son *Klebsiella spp*, *proteus spp*, *pseudomonas* o enterococos. La *cándida albicans* es un colonizador frecuente en pacientes con diabetes mellitus, que usan catéter o tratados con antibióticos durante un tiempo prolongado. (25)

El cuadro clínico depende de la localización, puede presentarse disuria, dolor suprapúbico, hematuria, fiebre, escalofríos, náuseas, vómitos, o pueden existir complicaciones como abscesos renales o perirrenales.

El diagnóstico presuntivo es clínico y se debe corroborar con un examen de orina y un cultivo. Una vez que se obtenga la muestra, se procesa para cultivo, tira reactiva, visión directa y tinción de Gram. (23)

El manejo para esta patología se debe realizar en base a los datos de resistencia local, se recomienda cumplir tratamiento de siete a catorce días, pero la duración debe estar relacionada con el tratamiento de la anormalidad presente. En caso la infección de tracto urinario esté asociado a catéter uretral, suprapúbico o cateterización, la terapia definitiva debe ser guiada por el urocultivo y la terapia empírica basada en infecciones comunitarias frecuentes. (26)

En el caso del paciente, tenía como antecedentes la lesión vertebro medular, postrado crónico y vejiga neurogénica. Presentaba constantes episodios de ITU años atrás y se le decide iniciar tratamiento antibiótico en piso de hospitalización, con evolución lenta pero favorable, es dado de alta y se le indica control por consultorio de urología en una semana.

Caso Clínico N°8

La pancreatitis aguda es una condición inflamatoria del páncreas muy común, la cual puede resultar en morbilidad y mortalidad significativa. Se asocia con alteraciones sistémicas y metabólicas debido a la liberación de enzimas hidrolíticas, toxinas y citoquinas que puede resultar en el fallo de órganos y sistemas. Tiene una incidencia de 20-80 casos por cada 100 000 personas.

Dentro de los factores de riesgo está el consumo de tabaco, alcohol, colelitiasis, condiciones intestinales, enfermedad renal y otros factores como edad avanzada, drogas, infecciones virales, etc. La etiología más común es la colelitiasis, seguido del consumo de alcohol.

El cuadro clínico se presenta con un dolor abdominal severo y constante, que puede irradiarse hacia la espalda y asociarse a vómitos. Al examen físico se encuentra dolor a la palpación en epigastrio. Se deben considerar diagnósticos diferenciales como colecistitis, infarto agudo de miocardio o perforación de úlcera péptica. (27)

En la fisiopatología de esta enfermedad se distinguen cuatro fases; la intracelular que se da por un aumento desregulado en calcio citosólico por factores tóxicos y estrés celular; luego la fase intra-acinar, que se da por activación de zimógenos originando un estrés oxidativo y favoreciendo mecanismos de necrosis, apoptosis y autofagia. En la fase pancreática, la lesión acinar va a favorecer la liberación de citoquinas y quimiocinas originando una infiltración pancreática por leucocitos, perpetuando la lesión y favoreciendo el desarrollo de complicaciones sistémicas. Finalmente, la fase sistémica y síndrome de disfunción orgánica múltiple que origina anormalidades en la microcirculación peri pancreática, trastornos de coagulación, activación plaquetaria, etc. (28)

Para realizar el diagnóstico se requiere de al menos dos de los siguientes criterios, dolor abdominal agudo de inicio súbito y persistente a nivel de epigastrio que puede irradiar a espalda, niveles séricos de amilasa o lipasa elevador mínimo tres veces los valores normales y hallazgos característicos en tomografía axial computarizada o resonancia magnética.

El manejo de la pancreatitis va a depender de la severidad de la patología y de la presencia o ausencia de complicaciones. El manejo inicial se debe individualizar en cada caso para determinar el mantenimiento de fluidos, el uso o no de antibióticos, manejo del dolor, la nutrición y otros factores. (27)

El manejo nutricional es muy importante ya que la pancreatitis es una enfermedad altamente metabólica con activación de cascada inflamatoria y una adecuada terapia puede modular el estrés oxidativo, mantener la función intestinal y preservar la estructura acinar, evitar la malnutrición y lograr un equilibrio inmunoinflamatorio. (29)

Entre las complicaciones que aparecen, se encuentra la necrosis pancreática que se encuentra en el 5-10% y existen tres subtipos que es la pancreática, la peri pancreática y ambas. Otras complicaciones que se han reportado son el absceso intraabdominal, el pseudoaneurisma, la obstrucción colónica o duodenal y la trombosis esplenoportal. (30)

En el caso de la paciente, se confirmó el diagnóstico de pancreatitis aguda porque presentaba la clínica y se añadía los niveles de enzimas pancreáticas elevadas, se decide continuar su hidratación, una adecuada nutrición y manejo del dolor. Paciente presenta evolución favorable y es dada de alta con indicaciones de control por consultorio externo de medicina interna en siete días.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico se retrasó un mes debido a que no se habían publicado los lineamientos para el inicio. Uno de los principales problemas que tuvo que afrontarse fue el regreso a los establecimientos de salud luego de la pandemia del COVID-19. Los cuatro últimos ciclos de la universidad antes del internado médico se realizaron de manera virtual, lo cual fue perjudicial para todos los internos, ya que los cursos más importantes como Cirugía, Pediatría y Gineco-Obstetricia se aprendieron mediante videos y discusiones de casos clínicos. Muchos iniciaron el internado sin haber presenciado o atendido un parto, sin haber hecho una sutura o sin haber entrado a sala de operaciones. Esto originó dificultades en los estudiantes, ya que no habían realizado las prácticas correspondientes y las veían por primera vez durante el internado. Por ese motivo, decidimos realizar un externado de 15 días antes del inicio oficial para ir conociendo el hospital, el servicio por el que íbamos a empezar, nuestras obligaciones, ir adecuándonos al horario, etc.

El internado médico inició oficialmente el día 01 de junio del 2022, con un horario de asistencia de lunes a sábado de 7:00 am. a 4:00 pm., mientras que los domingos, la salida era a la 1:00 pm. o al culminar los pendientes. Dependiendo de la rotación, las guardias se realizaban cada 3 o 4 días dependiendo de la cantidad de internos por grupo.

La primera rotación del internado fue en Gineco-Obstetricia, inició el 01 de junio y finalizó el 14 de agosto. Nos distribuyeron en los servicios de hospitalización, centro obstétrico, emergencia y consultorio externo. Todos los internos debíamos acudir a piso de hospitalización a evolucionar a las pacientes, pasar visita médica, hacer documentación y luego cada uno acudir al servicio que le correspondía.

Tocó iniciar por centro obstétrico y estar a cargo de las gestantes que ya estaban cercanas a culminar su embarazo. Gracias al externado ya teníamos conocimiento acerca de los procedimientos, documentación y protocolos que se debían seguir.

Las internas de obstetricia también iniciaban su internado y aún tenían temor para la atención de parto, así que los internos de medicina podíamos atender con más frecuencia con ayuda de las obstetras. La función del interno era estar pendiente del monitoreo de la paciente y si hubiera alguna interurrencia en el proceso. Si la paciente completaba las fases del trabajo de parto y entraba a sala de partos, se podía atender el parto o ayudar a la obstetra en caso se necesitara realizar una episiotomía. Luego de eso, el monitoreo a la paciente continuaba en puerperio inmediato hasta que la paciente subía a piso de hospitalización.

Luego tocó rotar en hospitalización, donde las pacientes se dividían en el área de Ginecología y Obstetricia. En Ginecología se encontraban las pacientes post-cesárea y las que padecían de alguna patología ginecológica quirúrgica. En Obstetricia se encontraban las pacientes post-parto, en alto riesgo obstétrico o post AMEU o legrado. La función del interno era quedarse a cargo de piso, luego que todos los compañeros bajaban a sus servicios correspondientes. Había que realizar las historias clínicas de las pacientes, estar pendientes de los resultados de laboratorio, ecografías, interconsultas o de alguna interurrencia que pueda presentarse. También tenías la posibilidad de entrar a sala de operaciones para cesáreas, BTB, o alguna cirugía programada.

Siguió rotar por consultorio externo, donde uno acompañaba al médico asistente en los turnos de mañana y tarde. Acudían gestantes para controles prenatales o pacientes con patologías ginecológicas. La función del interno era realizar el examen físico a las pacientes con ayuda del asistente.

Las guardias nocturnas se realizaban en el servicio de emergencia, comenzaban 8 pm y finalizaban a las 7 am del día siguiente, éstas se realizaban de lunes a sábado. Habían días que tenías turno acompañado de los médicos residentes, de lo contrario quedabas a cargo con el médico asistente, la obstetra y el personal técnico. Si había algún parto eutócico o una cesárea podías atender el parto o participar de la cesárea. Al día siguiente, debías acudir a evolucionar y pasar visita, luego de eso podías retirarte a casa. Los días domingo nos turnábamos entre los internos para ir a evolucionar y pasar la visita médica del día.

Por último, tocó pasar por emergencia, donde la función del interno era recibir a la paciente y realizarle la historia clínica con ayuda del médico residente o de la obstetra, para que luego el médico asistente pueda evaluarla y manejar el caso. También podías realizar el examen físico ginecológico u obstétrico, dependiendo de la situación, siempre con la ayuda de la obstetra o del médico a cargo. De igual manera, tenías posibilidad de entrar a sala de operaciones si la paciente subía a cesárea de emergencia. La rotación duró 10 semanas, que se pudieron aprovechar con las 2 semanas de externado para poder adquirir y desarrollar habilidades, conocimientos y destrezas para poder desenvolvernos de la mejor manera a la hora de un parto o un manejo de caso clínico ginecológico u obstétrico.

La segunda rotación del internado fue en Pediatría, iniciando el día 15 de agosto y finalizando el día 31 de octubre. Aquí nos distribuyeron en los servicios de hospitalización, alojamiento conjunto, UCIN neonatal y emergencia. En esta rotación si debíamos acudir desde temprano al servicio que nos correspondía.

Tocó iniciar en hospitalización pediátrica con un compañero, ya que siempre debían haber dos internos en piso. Se debía acudir temprano, evolucionar y realizar la visita con el médico asistente, luego hacer la documentación y de igual manera, realizar las historias clínicas, estar pendiente de los resultados de laboratorio, interconsultas o interurrencias de los pacientes. Además, teníamos exposiciones virtuales programadas de lunes a viernes, con la médico residente y donde debía estar presente un médico asistente para que sea el moderador de la exposición, expusimos una vez por semana durante las 10 semanas de rotación.

Luego toco rotar por UCIN neonatal, un servicio que tenía sus propios protocolos para la protección del paciente neonato. La función del interno era evolucionar temprano y esperar la visita médica con el asistente, realizar la documentación y luego estar pendiente de alguna interurrencia. A veces también se realizaban teleconsultas o referencias con establecimientos de salud de mayor categoría y el interno tenía que acudir con la ambulancia del hospital.

Luego estaba el servicio de alojamiento conjunto, donde tu función era examinar a los pacientes recién nacidos, realizarles un examen físico completo y verificar que todo esté dentro de los parámetros normales. Este servicio se encontraba al lado del servicio de Gineco-Obstetricia. De igual manera, se evolucionaba temprano, se esperaba la visita médica que iniciaba luego que el médico asistente pase visita por UCIN neonatal. Luego de la visita se realizaba la documentación con ayuda del médico asistente y tenías que estar pendiente si es que había un parto o una cesárea, ya que te daban la oportunidad de realizar la atención inmediata del recién nacido con ayuda de la licenciada y luego podías hacerlo sólo.

Finalmente, tocó pasar por el servicio de emergencia; en nuestro caso, el horario era de 7 am a 4 pm. Aproximadamente. El médico asistente de turno atendía a todos los pacientes que acudían y uno como interno se encargaba de ayudarlo realizando la anamnesis a la madre o padre del paciente, se realizaba el examen físico y luego de discutir el probable diagnóstico, se le daba el tratamiento al paciente hasta esperar una evolución favorable. De lo contrario; el paciente pasaba a hospitalización.

Las guardias nocturnas se realizaban en el servicio de emergencia, la función del interno era igual a los turnos matinales, éstas se realizaban de lunes a sábado, los domingos nos turnábamos para evolucionar a los pacientes y pasar la visita médica. En las guardias y en épocas de invierno la afluencia de pacientes era más por patologías respiratorias de tipo viral mientras que en verano, las patologías más frecuentes eran las gastrointestinales.

La tercera rotación del internado fue en Cirugía; que, a su vez, se dividía en Cirugía General y Traumatología. Esta inició el 01 de noviembre y finalizó el 15 de enero. Esta rotación sólo incluía el servicio de emergencia y hospitalización.

Tocó empezar por emergencia durante 15 días, uno se encargaba tanto de cirugía como de traumatología y no realizaba guardias nocturnas durante ese tiempo.

El turno iniciaba 7 am y finalizaba a las 7 pm de lunes a sábado, normalmente había bastante afluencia de pacientes y eso hacía que en el tópico de Cirugía puedas realizar distintas suturas, limpieza de heridas, extracción de cuerpos extraños, cambios de sonda Foley, etc. Además de que si llegaba un paciente con apendicitis aguda o un herido por arma de fuego o arma blanca podías entrar a sala de operaciones junto al médico asistente. Mientras que en Traumatología podías colocar férulas y yesos, así como realizar maniobras de reducción necesarias en ciertas lesiones.

Luego toco pasar por el servicio de Hospitalización. Los primeros 30 días tocaba iniciar por Traumatología. Eran dos internos para Cirugía y dos para Traumatología. La función del interno era acudir temprano para evolucionar a los pacientes, luego tocaba la visita médica y después había que realizar la documentación o estar pendiente de las interconsultas en caso fueran necesarias; además de realizar las curaciones. También, podía haber cirugías programadas y cada interno tenía que estar preparado porque debía entrar con su paciente a sala de operaciones.

Si se terminaba las labores temprano en piso, se bajaba a ayudar a nuestro compañero de emergencia. Los otros 30 días tocó rotar en piso de hospitalización de Cirugía. De igual manera, había que asistir temprano para evolucionar a los pacientes post-operados o programados para cirugía, a veces también habían pacientes que reingresaban por complicaciones post-cirugía. Se pasaba visita médica y luego había que hacer la documentación respectiva, hacer seguimiento a las interconsultas y exámenes de laboratorio. También al igual que en Traumatología, se tenía que estar pendiente de los pacientes programados para entrar a sala de operaciones, ya que también se programaban pacientes de otorrinolaringología y urología. También nos organizaban para exponer presencialmente temas importantes de Cirugía y Traumatología, éstos se daban dirigidos por médicos asistentes y médicos residentes.

Las guardias nocturnas eran en el servicio de emergencia, y eran de 7 pm hasta las 7 am de lunes a domingo, éste era el único servicio que contaba con un interno de medicina las 24 horas del día, los 365 días del año. La función del interno era la misma que se realizaba en la emergencia matinal, quedabas a cargo tanto de Cirugía como de Traumatología. Había guardias donde estabas acompañado del médico residente, de lo contrario; quedabas a cargo con el médico asistente. De igual manera podías entrar a sala de operaciones si habían cirugías de emergencia.

La cuarta y última rotación del internado fue en Medicina Interna, iniciando el 16 de enero y culminando el 31 de marzo. Esta rotación incluía los servicios de emergencia y de hospitalización, al igual que en Cirugía.

Tocó iniciar nuevamente por emergencia durante dos semanas, el horario era de 7 am a 7 pm de lunes a sábado, los días domingo el horario era de 7 am a 2 pm, el interno que rotaba por emergencia no realizaba guardias nocturnas como en los otros servicios. La función del interno era apoyar al médico asistente con la anamnesis, el examen físico y se discutía acerca del tratamiento para el paciente. Algunos días había dos o tres doctores durante el turno de la mañana y cada uno te enseñaba a manejar los casos de diferente manera.

Luego tocó rotar por hospitalización, aquí cuatro internos se encargaban de los pacientes. Dependiendo de la cantidad de hospitalizados, cada uno quedaba a cargo entre 2 a 4 pacientes. La función del interno era acudir temprano a evolucionar a sus pacientes, pasar la visita médica y luego hacer la documentación de recetas y hacer seguimiento de interconsultas y exámenes de laboratorio. Luego del almuerzo, la función era realizar las curaciones y el interno que tenía guardia nocturna se quedaba en piso de hospitalización en modo de retén para monitorizar a todos los pacientes.

Al estar en el servicio de hospitalización, había pacientes que tenían referencia a otros hospitales de mayor complejidad, a clínicas para realizarles algún procedimiento o debían ir a interconsultas en otros hospitales, entonces los internos se turnaban para acudir con los pacientes que debían ir en la ambulancia del hospital. Aquí también teníamos que programar nuestras exposiciones virtuales con los médicos asistentes de la especialidad dependiendo el tema de exposición a realizar.

Las guardias nocturnas eran de lunes a viernes y domingos de 7 pm. a 7 am., la función era la misma que uno tenía al rotar por el servicio de emergencia, apoyar al médico asistente con los pacientes que llegaban, ayudar con la anamnesis, examen físico y discutir el tratamiento de acuerdo a la patología, si en caso no había mejoría, el paciente pasaba a hospitalización.

Y así culminaron los 10 meses de rotación en el Hospital de Chancay, donde cada médico asistente buscaba prepararnos académicamente y enseñarnos toda su experiencia en la práctica clínica para que podamos adquirir destrezas y habilidades a la hora de estar frente a nuestros pacientes. Gracias a todos los médicos por sus enseñanzas y la paciencia que siempre tuvieron con nosotros, estamos más que agradecidos.

CONCLUSIONES

El internado médico es una etapa muy importante para todo estudiante de la carrera de Medicina Humana. Durante este período de tiempo, el hospital se vuelve tu segundo hogar. Es la última etapa antes de graduarte como médico, donde las experiencias son infinitas, en cada rotación de servicio logras aplicar y reforzar los conocimientos y habilidades necesarias para luego poder desenvolverte y afrontar los casos clínicos de una manera óptima y correcta.

Esta etapa de la carrera también sirve para aprender a trabajar en equipo, ya que todo funciona en conjunto. Uno como interno es parte de un gran equipo de trabajo, que incluye a los médicos asistentes y residentes, licenciadas, personal técnico y administrativo, personal de limpieza y mantenimiento, entre otros. El respeto y la comunicación son pilares fundamentales para poder lograr un buen ambiente laboral y realizar una atención de calidad a cada paciente.

La pandemia del año 2020 hizo que los internos se acostumbren al uso de la mascarilla durante todo el internado, incluyendo el uso de EPP en ciertos servicios. Resultó dificultoso al inicio pero se aprendió sobre la importancia de las normas de bioseguridad y prevención para proteger al resto de trabajadores de la salud y al público en general.

Se puede concluir que el internado sirvió para prepararnos con un nivel óptimo de conocimientos y habilidades. Se cumplieron con las tutorías y actividades académicas programadas, se aprendió mucho en cada servicio con ayuda de los médicos asistentes y residentes que nos guiaron e instruyeron siendo parte importante en nuestra formación como médicos.

RECOMENDACIONES

El tiempo de rotación en el hospital fue el adecuado ya que tuvimos la oportunidad de rotar los diez meses. Sin embargo; se debe hacer lo posible para que la duración del internado médico vuelva a ser de doce meses y así poder aprovechar al máximo la rotación por cada servicio.

Se debe recomendar a los nuevos internos que trabajen en equipo desde el primer día para poder cumplir con todas las responsabilidades del servicio. La proactividad también es importante, ya que el médico asistente o residente se sentirán apoyados y respaldados, al igual que las licenciadas y personal técnico. Muchos médicos y licenciadas actuarán de forma recíproca, y te brindarán sus conocimientos y habilidades.

Otra recomendación es que todos los hospitales que alberguen internos deben realizar actividades académicas como preparación para el ENAM desde el primer día de internado. Se deben enfocar en profundizar los temas más importantes, así como, simulacros semanales para medir el progreso de cada interno. En nuestro caso, tuvimos tutores de la universidad en cada servicio que se encargaban de reforzar algunos temas más dificultosos durante el pase de visita o como actividad extra durante el día y eso nos ayudaba para consolidar ciertos temas importantes y frecuentes de la práctica clínica.

En el hospital se realizaron actividades académicas en cada servicio de rotación; siendo de mucha ayuda para reforzar temas con ayuda del médico asistente. Por ejemplo, en las exposiciones de medicina interna; cada médico especialista era moderador del tema correspondiente a su especialidad y podía ampliarnos un poco más acerca del tema expuesto con la colaboración del médico residente que también aportaba en la actividad.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Resolución Ministerial N° 351-2022-MINSA. [Internet] [citado 27 de abril de 2023]. Disponible en:
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3103198/RESOLUCION%20MINISTERIAL%20N%20351-2022%20MINSA-1-2.pdf.pdf?v=1652720090>
2. Gobierno Regional de Lima - Hospital de Chancay y SBS “Dr. Hidalgo Atoche López” - Reseña histórica [Internet] [citado 29 de abril de 2023]. Disponible en:
<http://www.hospitaldechancay.gob.pe/page.php?i=33&c=v2X585iMpKbkpII1cMqO2A>
3. Gobierno Regional de Lima – Ordenanza Regional N° 08-2014-CR-RL. [Internet] [citado 02 de mayo de 2023]. Disponible en:
<http://www.hospitaldechancay.gob.pe/files/ROF%20CHANCAAY.pdf>
4. Protocolo: Rotura Prematura de Membranas a término y pretérmino. Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona. [Internet]. 2023. [citado 04 de mayo de 2023]. Disponible en:
<https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/rotura%20prematura%20de%20membranas%20hcp-hsjd.pdf>
5. Gutiérrez Ramos M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. [Internet]. 2018. [citado 12 de mayo de 2023]. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-¿51322018000300014
6. Orias Vásquez M. Ruptura prematura de membranas. Revista Médica Sinergia. [Internet]. 2018. [citado 12 de mayo de 2023]. Disponible en:
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/606/1041>

7. López Butanda V, Miranda Vega AL. Artículo de revisión: Amenaza de Aborto. Hospital Beneficencia Española de Puebla. [Internet]. 2016. [citado 05 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.beneficenciaespanola.com.mx/wp-content/uploads/2016/07/Articulo_amenaza_de_aborto_pdf.pdf
8. González Rivera AC. Amenaza de aborto. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. [Internet]. 2020. [citado 12 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2011/rmc114s.pdf>
9. Li L, Zhang Y, Tan Y, et al. Revisión sistemática: Efecto del progestágeno para mujeres con amenaza de aborto espontáneo: una revisión sistemática y un metaanálisis. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. [Internet]. 2020. [citado 12 de mayo de 2023]. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/images/Efecto_del_progestageno_para_mujeres_con_amenaza_de_aborto_espontaneo.pdf
10. Sánchez Villalobos JY, Huerta Romero J. Urticaria aguda en pediatría. Bol Clin Infant Edo Son. México. [Internet]. 2019. [citado 13 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinson/bis-2019/bis192d.pdf>
11. López Valentín E, Pedroza Meléndez A. Artículo de revisión: Urticaria crónica en niños. Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas. México. [Internet]. 2020. [citado 13 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/alergia/al-2020/al201c.pdf>
12. Álvaro Lozano M. Protocolo: Urticaria y Angioedema. Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat de Barcelona. [Internet]. 2019. [citado 08 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10_urticaria_angioedema.pdf

13. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Diarrea aguda infecciosa en paciente pediátrico. Unidad de atención integral especializada – Emergencia. Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja. [Internet]. 2022. [citado 09 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2022/RD%20N%C2%B0%20000101-2022-DG-INSNSB%20DIAGN%C3%93STICO%20Y%20TRATAMIENTO%20DE%20DIARRREA%20AGUDA%20INFECCIOSA.pdf>

14. Reyes Gómez U, Reyes Hernández KL, et al. Artículo de revisión: Enfermedad diarreica aguda en niños. Revista Salud Quintana Roo. México. [Internet]. 2018. [citado 13 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salquintanaroo/sqr-2018/sqr1840f.pdf>

15. Bartolomé Porro JM, Vecino López R, Rubio Murillo M. Diarrea aguda. Protoc diagn ter pediatr. España. [Internet]. 2023. [citado 13 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/09_diarrea_aguda.pdf

16. Garro Urbina V, Rojas Vásquez S, Thuel Gutiérrez M. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencias. Revista Médica Sinergia Vol. 4, Num. 12. [Internet]. 2019. [citado 09 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/316/657>

17. Hernández Cortez J, León Rendón JL, et al. Artículo de revisión: Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cir. Gen. México. [Internet]. 2020. [citado 13 de mayo de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033

18. Flores Mena MD. Apendicitis Aguda. Revista Médica de la Fundación Instituto Hipólito Unanue. Perú. Vol. 59. [Internet]. 2020. [citado 13 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://142.44.242.51/index.php/diagnostico/article/view/257/258>
19. Rodríguez Fernández Z. Tratamiento de la apendicitis aguda. Rev Cubana Cir. Cuba. [Internet]. 2019. [citado 13 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v58n1/1561-2945-cir-58-01-e737.pdf>
20. Domínguez Lorenzo D, López Alonso S. Fracturas diafisarias de tibia y peroné. Manual de Residentes del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. España. [Internet]. 2018. [citado 13 de mayo de 2023]. Disponible en: https://unitia.secot.es/web/manual_residente/CAPITULO%2090.pdf
21. Álvarez López A, García Lorenzo Y. Fracturas cerradas de la diáfisis tibial. Acta Ortopédica Mexicana. México. [Internet]. 2018. [citado 13 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2018/or053g.pdf>
22. Álvarez López A, Fuentes Véjar R, Soto Carrasco SR. Artículo de revisión: Fracturas diafisarias del tercio distal de la tibia. Arch Med Camagüey. Cuba. [Internet]. 2020. [citado 10 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2020/amc206m.pdf>
23. Guzmán N, García Perdomo HA. Artículo de revisión: Novedades en el diagnóstico y tratamiento de la infección de tracto urinario en adultos. Revista Mexicana de Urología ISSN. México. [Internet]. 2019. [citado 10 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2020/ur201f.pdf>
24. Solano Mora A, Solano Castillo A, Ramírez Vargas X. Actualización del manejo de infecciones de las vías urinarias no complicadas. Revista Médica Sinergia Vol. 5, Num. 2. Perú. [Internet]. 2020. [citado 13 de mayo de 2023]. Disponible en:

<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/download/356/728?inline=1>

25. Marco Rodríguez A, Nieto Pol E. Infecciones del tracto urinario. Abordaje clínico y terapéutico. Cad Aten. Primaria. España. [Internet]. 2019. [citado 13 de mayo de 2023]. Disponible en: https://revista.agamfec.com/wp-content/uploads/2019/12/Agamfec-25_2-FINAL-12-16parasabermais1.pdf
26. Cortés JA, Perdomo D, Morales R, et al. Guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de infección de vías urinarias no complicada en mujeres adquirida en la comunidad. Rev. Fac. Med. 2018. Vol. 63. Colombia. [Internet]. 2018. [citado 13 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n4/v63n4a02.pdf>
27. Garro Urbina V, Thuel Gutiérrez M. Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. Revista Médica Sinergia Vol. 5, Num. 7. Perú. [Internet]. 2020. [citado 10 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms207j.pdf>
28. Álvarez Aguilar PA, Dobles Ramírez CT. Artículo de revisión: Pancreatitis aguda: fisiopatología y manejo inicial. Acta Médica Costarricense. [Internet]. 2019. [citado 13 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v61n1/0001-6002-amc-61-01-13.pdf>
29. Guidi M, Curvale C, Pasqua A, et al. Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda. Acta Gastroenterol Latinoam. [Internet]. 2019. [citado 13 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.actagastro.org/numeros-antteriores/2019/Vol-49-N4/Vol49N4-PDF06.pdf>
30. Bolívar Rodríguez MA, Cázarez Aguilar MA, et al. Pancreatitis aguda. Rev Med UAS. Vol. 8. México. [Internet]. 2018. [citado 13 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v8/n3/pancreatitisaguda.pdf>