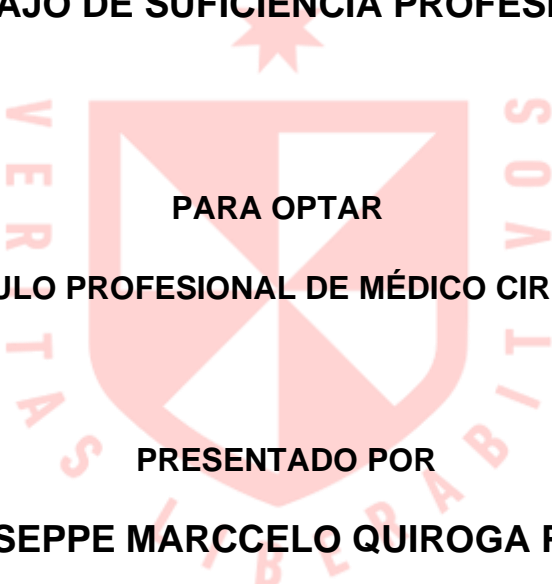


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO - HOSPITAL DE
EMERGENCIAS ATE VITARTE. JUNIO 2022- MARZO 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL



**PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADO POR
LUIS GIUSEPPE MARCCELO QUIROGA PIMENTEL**

ASESOR

EDWIN LUIS LLAJARUNA ZUMAETA

LIMA - PERÚ

2024



**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 EN EL INTERNADO MÉDICO - HOSPITAL DE
EMERGENCIAS ATE VITARTE. JUNIO 2022- MARZO 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

LUIS GIUSEPPE MARCCLO QUIROGA PIMENTEL

ASESOR

DR. EDWIN LUIS LLAJARUNA ZUMAETA

LIMA, PERÚ

2024

JURADO

Presidente: M.E. Johandi Delgado Quispe

Miembro: M.E. Fernando Herrera Huaranga

Miembro: M.E. César Aguilera Herrera

DEDICATORIA

Dedicado a mi familia que con paciencia y fe en mí y estuvieron en los momentos más complicados mostrándome su apoyo incondicional para poder cumplir mis objetivos.

AGRADECIMIENTO

A cada una de las personas que fueron parte de mi formación académica durante la carrera. Sobre todo, a los profesores y doctores por sus conocimientos impartidos, a mis compañeros de aula y amigos que marcaron cada una de las etapas que me ayudaron a ser quien soy.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	2
1.1 Rotación de Medicina Interna.....	2
1.2 Rotación de Gineco obstetricia.....	4
1.3 Rotación en Pediatría.....	5
1.4 Rotación en Cirugía	7
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	9
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	11
3.1 Rotación de Medicina Interna.....	11
3.2 Rotación de Gineco obstetricia.....	14
3.3 Rotación de Pediatría.....	15
3.4 Rotación de Cirugía	18
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	20
V. CONCLUSIONES	22
VI. RECOMENDACIONES	24
VII. FUENTES BIBLIOGRÁFICAS	25

RESUMEN

En el presente trabajo se describió mis experiencias vividas y la trayectoria profesional que se ha tenido durante la última etapa de formación médica en pregrado que es el internado médico, periodo crucial donde se obtienen valiosos recursos en el conocimiento y experiencias esenciales, donde se aplican medidas prácticas preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación para abordar los problemas en salud más principales en la población, a través de un enfoque social y ético. Comprende áreas en Medicina Interna, Ginecobstetricia, Pediatría y Cirugía en atenciones hospitalarias y en el centro de salud.

El presente trabajo de suficiencia profesional, se tuvo como objetivo describir experiencias como interno de Medicina en las prácticas académicas realizados en Centro de Salud Virgen del Carmen-La Era y en el Hospital de Emergencias Ate Vitarte en el periodo de junio del 2022 a marzo del 2023. Se incluyen competencias fundamentales para la labor de médico que abarca la recopilación de información mediante técnicas desde el interrogatorio médico, examen físico y la utilización de exámenes auxiliares, todo ello contemplado en el registro y elaboración adecuada de historias clínicas, el análisis y agrupación de cuadros sindrómicos, planteamientos de diagnóstico diferencial, la terapéutica, la evolución y recomendaciones al paciente. Esto realizado a través del análisis y selección de casos clínicos más importantes vistos durante las rotaciones en los diferentes servicios y lográndose consolidar competencias en los temas teóricos y de práctica clínica en Medicina Interna, Ginecobstetricia, Pediatría y Cirugía.

El internado es muy esencial para todo estudiante de medicina, ya que por fin llega el momento de poner en práctica todo el conocimiento teórico recibido durante la formación en la escuela de medicina.

Palabras clave: práctica clínica, internado médico, y aprendizaje en salud.

ABSTRACT

In the present work, lived experiences and the professional trajectory that has been had during the last stage of undergraduate medical training, which is the internal doctor, were described, a crucial period where valuable resources in knowledge and essential experiences were obtained, where practical measures are applied. preventive, diagnostic, therapeutic and rehabilitation to address the main health problems of people, through an ethical-social approach. It includes the areas of Internal Medicine, Gynecology, Pediatrics and Surgery at the first level of care and in hospital care.

In this professional sufficiency report, the author aims to describe the experience as a Human Medicine intern in the academic practices carried out at the Virgen del Carmen Health Center - La Era and at the Ate Vitarte Emergency Hospital during the months of June from 2022 to March 2023. Fundamental competencies for the work of a doctor are included, which includes the collection of information through techniques such as anamnesis, physical examination and the use of complementary tests, all contemplated in the registration and adequate preparation of clinical histories, the analysis and grouping of syndromic pictures, differential diagnosis approaches, the therapeutic plan, the follow-up of the evolution and the recommendations to the patient. This is done through the analysis and selection of the most important clinical cases seen during the rotations in the different services and managing to consolidate competencies in theoretical and clinical practice topics in Internal Medicine, Gynecology, Pediatrics and Surgery.

The Medical Internship stage is of vital importance for every medical student, since the time has finally come to put into practice all the theoretical knowledge received during medical school training.

Keywords: medical internship, clinical practice and learning in health.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO
O - HOSPITAL DE EMERGENCIAS ATE VI
TARTE. JUNIO 2022- MARZO 2023**

AUTOR

LUIS GIUSEPPE QUIROGA PIMENTEL

RECUENTO DE PALABRAS

7568 Words

RECUENTO DE CARACTERES

43060 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

33 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

137.0KB

FECHA DE ENTREGA

Dec 4, 2023 10:25 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Dec 4, 2023 10:26 AM GMT-5

● 13% de similitud general

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

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

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

INTRODUCCIÓN

El internado, como es ya de conocimiento, comprende prácticas preprofesionales durante el último año de la carrera de medicina, es aquí donde el estudiante de medicina hace su transición a convertirse en médico, adquiriéndose nuevas competencias en cuanto a la atención, evaluación, diagnóstico, manejo y seguimiento de los pacientes. El rol realizado por el interno en medicina, en el equipo de salud implica mayor cercanía con pacientes, además de adquirir conocimientos de cada uno de ellos (1).

Las áreas de rotación del interno de medicina en el Perú son 4, Medicina Interna, Ginecobstetricia, Pediatría y Cirugía General, que duran 12 meses. Según la directiva de internado médico de la Universidad San Martín de Porres durante el internado se realizan en general 2 tipos de actividades, el primero son de tipo asistencial que se dan en establecimientos de salud dentro de las áreas de hospitalización, en consultorio externo, sala de emergencia; el segundo tipo son las actividades académicas que se desarrollan con el objetivo de adiestrar la habilidad del conocimiento médico (2).

En el Perú el internado médico se realiza en las instituciones de nivel hospitalario como en el MINSA, ESSALUD, Fuerzas armadas y centros privados. A partir del 2020 el internado médico fue suspendido temporalmente por el contexto COVID-19 y luego su apertura se dio con algunos cambios por parte del MINSA como la duración del internado de 10 meses, la asignación de las prácticas preprofesionales en centros de nivel de atención primario tipo I3 y I4, con menor número de horas en las actividades del interno y con una estancia en menor tiempo a establecimientos de segundo o tercer nivel de atención (3).

El autor describirá sus experiencias como interno en medicina durante los meses de junio del 2022 a marzo del 2023 en el Hospital de Ate Vitarte y el Centro de Salud Virgen del Carmen – La Era (4)(5).

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

En el presente capítulo se presentarán ocho de los casos clínicos más representativos y cuyos manejos aprendí durante las cuatro rotaciones de mi internado médico llevado a cabo en el hospital de Ate Vitarte.

1.1 Rotación de Medicina Interna

1.1.1 Caso Clínico 1. Pancreatitis aguda

Paciente femenino de 32 años con antecedentes de litiasis vesicular hace 4 años que ingresa al hospital con tiempo de enfermedad aproximado de un mes que presenta dolor en abdominal superior de gran intensidad que cedía al uso de analgésicos. El episodio actual es de 48 horas, inicio fue insidioso y con curso progresivo. Refiere dolor abdominal tipo cólico en abdomen superior e hipocondrio derecho, con irradiación hacia la espalda. Además, refiere disnea, y vómitos biliosos en 3 episodios y alza térmica no cuantificada.

Funciones biológicas: apetito está disminuido. Niega otros antecedentes además del ya mencionado. Niega alergias y niega intervenciones quirúrgicas. Consume alcohol esporádicamente, no consumo de tabaco. No medicación habitualmente. Al examen físico: Funciones vitales estables, ventila espontáneamente. Estatura 165 cm y peso de 85 kg. Piel tibia, húmeda e hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, no presenta tinte icterico. El examen regional de la cabeza, el cuello, el sistema respiratorio, el sistema cardiovascular, el sistema genitourinario y el sistema nervioso no presentan alteraciones. Abdomen: Simétrico, globuloso con abundante panículo adiposo. sin circulación colateral, está blando y depresible. El hemiabdomen superior presenta dolor a la palpación superficial y profunda, Murphy (-). Examen físico se realizó ya con tratamiento analgésico instaurado (6).

Los diagnósticos planteados fueron: Síndrome doloroso abdominal, D/C Pancreatitis Aguda vs Colecistitis aguda.

Pruebas complementarias: Hemograma, glucosa, creatinina, urea, lipasa, amilasa, perfil hepático y test antigénico para SARS COV2; además, se

solicitaron estudios de imagen como una ecografía de abdomen y radiografía torácica.

Los resultados más resaltantes fueron los de la amilasa y la lipasa donde se encontraron valores de 915 u/L y 1225 u/L respectivamente. La ecografía muestra resultados confirmatorios de litos en la vesícula, aunque sin cambios inflamatorios en la pared vesicular. Radiografía de tórax no muestra cambios patológicos y prueba COVID19 negativa. Con todo esto se decide la hospitalización del paciente en el servicio de medicina interna para su manejo.

En la historia clínica: Mujer de edad con nacionalidad venezolana, religión católica, educación superior, trabajo independiente.

1.1.2 Caso Clínico 2

Paciente femenina de 55 años llega a la sala de emergencia con una enfermedad de 9 días que comienza de manera insidiosa y progresa. Antecedente de diabetes tipo 2 que fue controlada de manera deficiente debido a tratamientos irregulares. Además, ha cursado con infecciones de tracto urinario de más de tres ocasiones en el último año, las cuales fueron tratadas ambulatoriamente con ceftriaxona y ciprofloxacino; logrando mejoría en cuanto a los síntomas en todas las veces. El paciente dice que 9 días antes del ingreso experimentó malestar general, astenia, hiporexia y sensaciones de calor. En cuanto a los síntomas urinarios presenta desde el comienzo disuria y tenesmo vesical, no refiere náuseas ni vómitos. Al momento del ingreso se evidencian los siguientes signos vitales: frecuencia cardíaca en 109, frecuencia respiratoria en 20 ventilaciones por minuto, T°37,2 y Presión arterial en 100/60 mmHg. Al examen físico: hay dolor a la puño-percusión lumbar. Se tomó la decisión de realizar exámenes de laboratorio, que revelaron glucosa de 485 mg/dL, leucocitosis: 18600, Hb de 7,5, PCR de 26,3 y un análisis de orina patológica con leucocitos con +100xC, piocitos ++ y nitritos positivos. Se presenta un diagnóstico de septicemia urinaria d/c con ITU complicada y diabetes tipo II descompensada, por lo que se inicia con Ceftriaxona 2 gr intravenoso C/24 horas. Se decide ingresar a sala de hospitalización para continuar ATB y hacer más estudios. Paciente cuenta con

secundaria Completa, ocupación independiente, nacionalidad peruana y funciones biológicas sin alteraciones. En los antecedentes se menciona una Diabetes Mellitus tipo II en tratamiento hace 5 años y una gastropatía eritematosa de intensidad moderada en el antro gástrico. No tiene antecedentes de cirugía. No hábitos tóxicos. Se menciona la HTA en el padre. La evaluación por aparatos muestra PPL + y PRU + en la evaluación genitourinaria. Resto examen físico se han mantenido sin alteraciones.

1.2 Rotación de Gineco obstetricia

1.2.1. Caso Clínico 1

Paciente mujer de 27 años. Se trata de una primigesta de 11 semanas por FUR ingresa a emergencia con un tiempo de enfermedad de 20 horas aproximadamente. Clínica de instauración súbita caracterizada por dolor hipogástrico de tipo cólico, posteriormente, este dolor migra hacia la zona pélvica. Hace una hora observa escaso sangrado vaginal oscuro.

- Anamnesis: Directa
- Antecedentes personales: Niega
- Antecedentes familiares: Padre con HTA y DM2
- Cirugías previas: Niega
- Alergias: Niega

FUR: 15/12/19. IRS: a los 18 años. URS: el 09/03/20. G:1 P:0000. Último PAP: no tiene. Andria:2, métodos anticonceptivos: Usa métodos de barrera ocasionalmente. Funciones biológicas: apetito: conservado, sed: conservada, sueño: conservado, orina: sin alteraciones, deposiciones: sin alteración y una vez al día T: 37.4° C PA: 100/ 60 mmHg FC: 98 X´ FR: 19 X´ SATO2:98%

Examen físico: A la inspección se observa genitales externos con presencia de sangrado. A la especulocopia se logra observar ligera cantidad de sangre en el canal vaginal y no se evidencian cambios cervicales.

1.2.2. Caso Clínico 2:

Paciente femenino de 25 años sin antecedentes de importancia. Acude con un tiempo de enfermedad de 5 días por presentar prurito intenso en zona genital asociado a flujo anómalo abundante. Además, menciona dolor al mantener relaciones sexuales.

- Anamnesis: Directa
- Antecedentes personales: Niega
- Antecedentes familiares: No refiere
- RAMs: Niega
- Antecedentes quirúrgicos: Niega

Al examen físico: A la inspección se observa en genitales flujo vaginal blanco cremoso, no maloliente asociado a eritema y edema local asociado a prurito intenso; no maloliente.

FUR: 02/02/21 IRS:16 años URS:07/02/21 G:0 P:0000 Ultimo PAP: 20 años Andria: 4, métodos anticonceptivos: solamente métodos de barrera, con funciones biológicas: conservadas T: 36.9° C. PA: 110/ 70 mm Hg FC: 79 X´ FR: 19 X´ SATO2: 98%

Especuloscopia: Se logra observar tracto vaginal eritematoso con presencia de adherencias grumosas y blanquecinas junto a eritema cervical.

Tacto vaginal: el Cuello en ubicación posterior, blando, de un 1cm aproximado, con dolor al movilizar cérvix. Anexos no palpables.

1.3 Rotación en Pediatría

1.3.1. Caso Clínico 1:

Lactante de 3 meses traído por su madre a sala de emergencia pediátrica por alza térmica no cuantificada hace 1 día que cede parcialmente con medicamentos antipiréticos.

Además, se asocia a irritabilidad y dificultad para la lactancia por mala succión.

Al examen físico: FC: 142 lpm FR: 34 ventilaciones x min. T°: 39.5°C. Piel esta tibia, elástica e hidratada, no se evidencia signos de deshidratación.

Abdomen simétrico, ligeramente distendido. RHA presentes, no se palpan masas.

Se solicitan exámenes de laboratorio donde se encuentra lo siguiente:

El hemograma completo mostró Hb de 15.2, 11.500 leucocitos, 75% neutrófilos y 41.100 plaquetas.

La densidad de la orina es de 1050, hay 50-60 leucocitos por campo, 10 hematíes por campo, 2+ gérmenes presentes y se aprecian cilindros hialinos.

1.3.2. Caso 2:

Escolar femenino de 6 años de iniciales GHF acude con su madre a emergencia por presentar un cuadro clínico caracterizado por otalgia de gran intensidad en odio derecho desde hace 24 horas, el cual ha ido aumentando su intensidad con el paso de las horas hasta hacerse insoportable. Además, se agregó hipoacusia de dicho oído y sensación de alza térmica no cuantificada.

Antecedentes: Faringitis aguda hace 5 días, tratada con medicamentos por recomendación de farmacéutico.

Funciones biológicas:

Orina: conservada, deposición hace 1 vez al día, sin alteraciones. Apetito: disminuido. Sueño: con alteración

Al examen físico: AREG, AREN, AREH. FC:110 latidos por minuto. FR: 23 respiraciones x min. T: 38. 4º C. Peso: 31 kg. Talla: 142 cm. SpO2: 99%.

- Piel: T/H/E, no alteraciones de color, signo de pliegue negativo, llenado capilar menor a 2 segundos.
- TyP: Tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, sin rales.
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos con intensidad adecuada. No hay soplos audibles.
- Abdomen: Simétrico, RHA (+), blando y depresible, no masas palpables
- SNC: LOTEP, paciente quejumbroso, no signos meníngeos.

- Oído medio: A la otoscopía se evidencian signos de flogosis en tímpano de oído derecho. No se evidencia presencia de pus o perforación timpánica.

1.4 Rotación en Cirugía

1.4.1. Caso 1:

Paciente varón de 56 años de iniciales JRP que acude a emergencias por presentar desde hace 20 horas un cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal tipo cólico en epigastrio que inició después de comer pollo a la brasa, posteriormente, dicho dolor aumentó en intensidad y se trasladó a fosa iliaca derecha, menciona haber tomado analgésicos que no lograron calmar el dolor. Además, se agregó anorexia, náuseas, vómitos y sensación de alza térmica.

La impresión diagnóstica es un síndrome doloroso abdominal que descarta una apendicitis aguda. Se requieren exámenes de laboratorio como el hemograma, la PCR y los exámenes prequirúrgicos. Se optó por la terapia de hidratación y el omeprazol endovenoso de inicio (31).

Examen físico:

PyF: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2". No edemas ni cambios de coloración.

TyP: Tórax simétrico, amplexación conservada, murmullo pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

CV: Ruidos cardiacos rítmicos con buena intensidad, no soplos audibles.

ABD: Simétrico, ruidos hidroaéreos (+) 2-3 por min., blando, con dolor a palpación superficial y profunda, Mac Burney (+), a la percusión hay timpanismo

Resultados de laboratorio: Leucocitosis de 17 000 con desviación izquierda y PCR de 22.

Dolor no cesa al momento de reevaluación y se ha localizado en FID.

1.4.2. Caso 2:

Paciente masculino de 62 años con las iniciales RTF, acude a consulta por tener un cuadro clínico de aprox. 15 días caracterizado por dolor tipo punzada en zona anal. Además, menciona haber visto trazas de sangre en sus deposiciones desde hace un par de días. Refiere haber notado cambios en su tránsito intestinal, últimamente sus evacuaciones suelen ser de consistencia dura y seca.

Funciones biológicas: Sin cambios

Antecedentes: HTA controlada. Quirúrgicos: niega.

Examen físico:

PyF: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2". No edemas ni cambios de coloración.

TyP: Tórax simétrico, murmullo pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

CV: Ruidos cardiacos rítmicos con buena intensidad, no soplos audibles.

ABD: Simétrico, globuloso, ruidos hidroaéreos (+) 2 por minuto, blando, no dolor a palpación superficial ni profunda, Mac Burney (-), matidez conservada en zona hepática.

SNC: LOTEP, Glasgow 15/15.

Zona anal: Se evidencia fisura anal en región posterior, no se observa hemorroides tipo externas ni otras lesiones en piel.

Diagnóstico: – Fisura anal posterior.

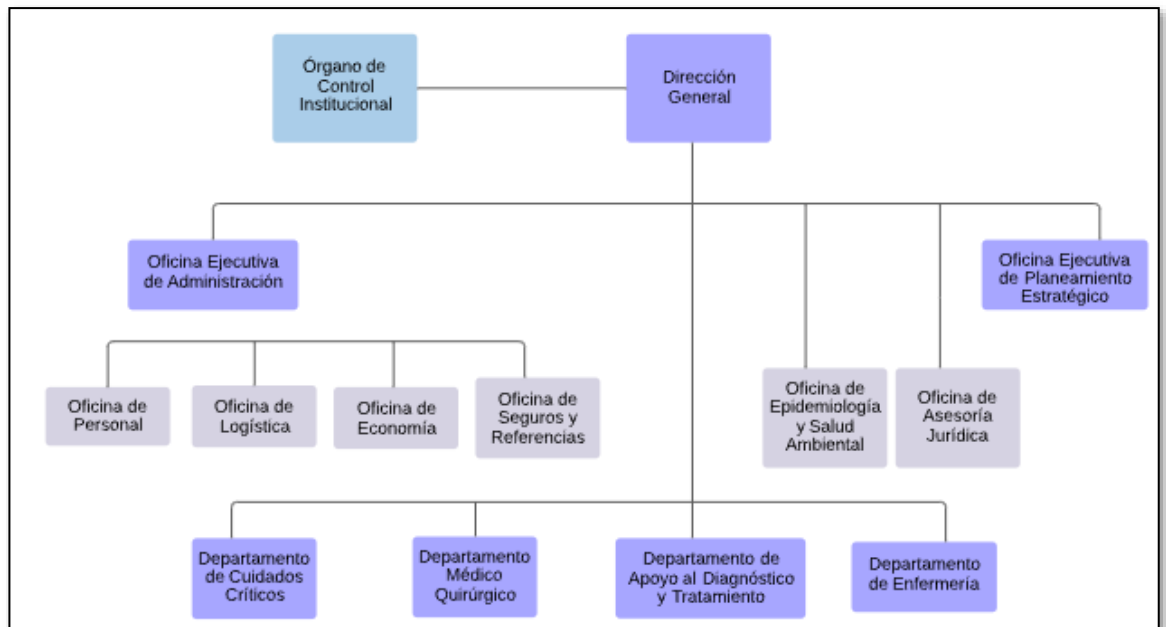
Manejo: Se inicia con nitroglicerina 50 mg/10 ml y toma laxantes. Se le indica baños de asiento durante 2 semanas y dieta con fibras insoluble.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Tuve la fortuna de haber desarrollado mi internado médico en dos establecimientos de salud de diferentes categorías en cuanto a la complejidad, lo cual me sirvió mucho como experiencia en cuanto al abordaje de los casos clínicos dependiendo de los recursos disponibles para ello.

El Hospital de Ate Vitarte, también conocido como "Hospital de Emergencias Ate Vitarte" u "Hospital de Lima Este" es un establecimiento de salud especializado en brindar atención médica de emergencia y cuidados intensivos a pacientes que sufren lesiones graves, accidentes y enfermedades críticas. Ubicado en el distrito de Ate en Lima, Perú, el hospital cuenta con modernas instalaciones y equipos médicos de última generación para ofrecer atención de calidad a sus pacientes y formó parte de los hospitales de referencia COVID 19. Además, de la implementación reciente de la unidad de cuidados intensivos neonatales, el Hospital de Emergencias Ate Vitarte cuenta con un equipo de profesionales altamente capacitados en diferentes especialidades médicas, como, medicina interna, cirugía general, ginecología, pediatría, traumatología, neurocirugía, cardiología, entre otras. Los pacientes reciben un trato humano y personalizado, y se les ofrece un enfoque multidisciplinario para abordar sus necesidades de salud de manera integral. Esta institución de salud se ha convertido en un nosocomio emblema en el distrito de Ate y en la ciudad de Lima en general, que presta sus servicios con un enfoque en la calidad de atención y el trato personalizado a sus pacientes (4).

El C.S. Virgen Del Carmen – La Era es un establecimiento de salud de categoría I-3 que se ubica en el distrito de Lurigancho en el departamento de LIMA, bajo la jurisdicción de la DISA Dirección de Salud Lima Este, donde se brinda atención integral en salud en áreas de medicina general, áreas de inmunización y CRED, obstetricia, laboratorio, odontología y psicología. En caso de que se requiera atención en centro de mayor complejidad se deriva hacia el Hospital José Agurto Tello que pertenece a Chosica (5).



Cuadro 1. Organigrama estructural Hospital de Emergencias de Ate Vitarte

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación de Medicina Interna

3.1.1. Discusión de caso 1: Pancreatitis Aguda

Finalmente, el diagnóstico definido era pancreatitis aguda leve de causa biliar además de la obesidad de primer grado. El plan instaurado fue el recomendado por el colegio americano de gastroenterología para esta patología. Dicho manejo consta de tres pilares: reposición temprana de líquidos, soporte nutricional y analgesia (7)(8). Lo que se hizo con el paciente fue iniciar NPO, hidratación intravenosa, analgesia con tramadol endovenoso e hioscina butilbromuro. Además, controles diarios de funciones vitales, y laboratoriales (9). La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta 6 días después de su ingreso.

La pancreatitis aguda es un trastorno gastrointestinal común que requiere hospitalización. Los pacientes con enfermedad de moderada a grave tienen un mayor riesgo de complicaciones, tanto locales como sistémicas, que a su vez tienen tasas más altas de morbilidad y mortalidad. (1)

Para realizar un adecuado diagnóstico se debe identificar el dolor característico en epigastrio, de inicio agudo, intenso, y persistente; de forma frecuente se irradia hacia el dorso, pero, en algunos casos no suele ser un dolor típico. Del mismo modo, es importante tener en cuenta los resultados de laboratorio siguientes: lipasa o amilasa elevadas hasta 3 veces su valor normal máximo. Debemos tener en cuenta que estos deben estar acompañados del cuadro clínico.

El manejo de la pancreatitis aguda es sintomático es basado en rehidratación agresiva, nutrición precoz, analgesia, oxigenación y restricción del uso de antibióticos (6)

Es necesario un tratamiento oportuno que reduzca el riesgo de desarrollar alguna complicación como las acumulaciones de líquido peri pancreático o pancreático, pancreatitis necrotizante o falla multiorgánica. (1)

Además, los pacientes con pancreatitis inducida por cálculos biliares tienen un mayor riesgo de desarrollar necrosis pancreática. (3)

Para el diagnóstico de pancreatitis aguda nos basamos en dos o más criterios: Signos y síntomas clínicos característicos, resultados laboratoriales anormales con la elevación de enzimas pancreáticas y estudios de imagen patológicos. (6)

3.1.2. Discusión de caso 2: ITU complicada

La impresión diagnóstica fue pielonefritis y se indicó toma de urocultivo y hospitalización. Se indica paracetamol y medios físicos para disminuir la temperatura. Luego se inicia ceftriaxona 80mg/kg/día.

Los diagnósticos planteados fueron: Sepsis punto de partida vías urinarias, ITU complicada y DM tipo II no controlada. Como plan se inició antibioticoterapia, control glicémico y solicitar exámenes basales además de un urocultivo y, una ecografía renal. (10)

Se ha optado por seguir con Ceftriaxona 2 mg EV durante 24 horas, junto con analgésicos e hidratación. A los tres días, se realiza una evaluación del paciente con los resultados del Urocultivo, el cual mostró una presencia de E. Coli resistente a la ceftriaxona. Por lo tanto, se opta por cambiar el antibiótico por Meropenem 1 gr c/8h EV, además de hidratarse a 40cc/h y usar Insulina NPH para controlar la diabetes. El paciente ha evolucionado favorablemente, no ha mostrado cambios en su desarrollo y ha sido dado de alta después de completar un tratamiento 2 semanas con meropenem, con un control glicemia y un nuevo examen de orina favorable. (11)

La cistitis y la pielonefritis son ejemplos de infecciones que comienzan con la colonización del introito vaginal o el meato uretral patógenos, que generalmente provienen de la flora fecal. Luego, los uropatógenos suben hacia la vejiga a través de la uretra. El ascenso de patógenos a los riñones a través de los uréteres, se produce la pielonefritis. En hombres, la fiebre, la clínica sistémica sea escalofríos, fiebre, dolor en flancos, tipo pélvico pueden indicar prostatitis. (10).

La etiología más común de ITU es Escherichia coli. Seguidas de las enterobacterias (Klebsiella spp y Proteus spp), en ámbito intrahospitalario

están las *Pseudomonas*, enterococos y estafilococos. El uso reciente de antimicrobianos de amplio espectro se asocia a resistencia microbiana (10).

Los síntomas que aparecen según la frecuencia son la disuria, el tenesmo vesical, el dolor en hipogastrio y la polaquiuria. Puede haber síntomas que incluyen la fiebre, escalofríos, síndrome nauseoso y/o vómitos. Casi todos los pacientes con ITU tienen piuria. Se pueden presentar complicaciones como bacteriemia, sepsis, falla orgánica, y/o insuficiencia renal aguda (11).

El diagnóstico o tratamiento de la ITU compleja no requiere imágenes. Se requiere según la gravedad del cuadro clínico, síntomas que no desaparecen, han recibido terapia antibiótica apropiada durante más de 48 horas o si hay obstrucción del tracto urinario, Para identificar factores anatómicos o fisiológicos relacionados con una ITU compleja, la tomografía zona abdominal y pélvica son las pruebas más específicas (10).

Los factores asociados a la resistencia microbiana, como el uso previo de antibióticos, deben considerarse al iniciar la terapia antimicrobiana. Los pacientes deben ser hospitalizados según la gravedad, tener en cuenta si es que tienen fiebre alta persistente o dolor, tienen debilidad notable o no pueden mantener la hidratación o tomar medicamentos orales. Se administra habitualmente Piperacilina-tazobactam endovenoso cada 6 horas o Meropenem endovenoso cada 8 horas si el paciente está con sepsis de foco urinario. En pacientes más estables, se puede administrar Ceftriaxona 1 gr endovenoso cada 24 horas o Ciprofloxacina 400 mg endovenoso cada 12 horas, el urocultivo y las pruebas de sensibilidad confirman el mejor régimen antibiótico (11).

Siempre que las pruebas de cultivo y susceptibilidad lo permitan, se puede usar antibióticos de vía oral acorde a la mejoría de síntomas. La ITU aguda complicada se puede tratar con levofloxacino (750 mg cada 24 horas), ciprofloxacina (500 mg cada 12 horas). El manejo antibiótico se da entre 5 y 14 días. Si la terapia antimicrobiana funciona, los síntomas deben mejorar rápidamente. (10).

El factor de riesgo más significativo en el caso del paciente mencionado fue su diabetes mellitus mal controlada, junto con episodios de infección urinaria a repetición. Los signos y síntomas indicaron el diagnóstico clínico. El examen de orina alterado y el urocultivo positivo dieron sospecha que la sepsis se originó en la vía urinaria. El paciente presenta criterios SIRS con leucocitosis, taquicardia, taquipnea, pero no cumple con el **Q-SOFA**. (10).

3.2 Rotación de Gineco obstetricia

3.2.1 Discusión caso 1:

La impresión diagnóstica fue amenaza de aborto por lo que el plan inicial fue solicitar exámenes complementarios como hemograma, examen de orina, β -hCG y una ecografía transvaginal. Dichos resultados fueron los siguientes:

Hb: 12.2 g/dl

Leu: 6,500 mm³

Subunidad beta: 23,200 mUI/ml

Examen completo de orina: Sin alteraciones / hematíes abundantes por campo

Ecografía transvaginal: El útero está aumentado de tamaño y hay un saco gestacional con presencia de latidos cardíacos fetales. Hay presencia de hematoma retrocorial.

Se reevalúa en función de los resultados y se toma la decisión de hospitalizar a la paciente para su manejo y observación. Se le administra cada ocho horas 10 mg de Escopolamina VO y dos tabletas de Progesterona 100 mg cada día. De acuerdo con la guía de práctica clínica (GPC) del Instituto Nacional Materno Infantil del Perú (INMP), el tratamiento más apropiado sería el siguiente. Se debe hospitalizar al paciente para control y evaluación en caso de una amenaza de aborto con ecografía que demuestra la viabilidad del producto con un mínimo de B-HCG. Se recomienda también el reposo absoluto y la administración de 100 mg de progesterona cada 12 horas. Para el alta médica es importante que la paciente no presente sangrado vaginal en por lo menos 24 horas. Es imperativo seguir manteniendo reposo en el hogar y limitar ciertas actividades.

Diversas guías y revistas clínicas como ACOG y la Revista Médica de Costa Rica en su capítulo de amenaza de aborto en obstetricia considera el uso de antiespasmódicos como la hioscina cuando la amenaza de aborto está asociada a un aumento de la actividad uterina. Del mismo modo recomiendan el uso de progesterona (13).

3.2.2 Discusión caso 2:

A primera impresión estamos en frente de un típico caso de síndrome de flujo vaginal por lo cual se instaura tratamiento adecuado según la norma técnica del MINSA en el manejo empírico de enfermedades de transmisión sexual recomiendan cubrir las más comunes etiologías con 2 gramos de Metronidazol vía oral en dosis única (14). Además, en caso de presentar prurito como se evidencia en el caso clínico, se administran 500 mg de Clotrimazol vía vaginal una sola vez. Este esquema ha demostrado una efectividad de 90-95% siendo el manejo más adecuado en cuanto al costo-beneficio. Según la revista cubana de obstetricia y ginecología, si se presenta el síndrome de flujo vaginal, el tratamiento se enfocará de manera sindrómica, lo que resultará en una tasa de curación superior al 95%. Consideran tratar con clotrimazol 100 mg intravaginal dos veces al día durante tres días con síndrome de flujo vaginal y metronidazol 500 mg dos veces al día durante siete días si se sospecha tricomoniasis (15). Paciente es dada de alta con indicaciones médicas y se reevaluará en 7 días.

3.3 Rotación de Pediatría

3.3.1. Discusión de caso 1:

El termino infección del tracto urinario (ITU) hace referencia a la proliferación de microorganismos en el tracto urinario, el cual en condiciones normales es totalmente estéril. Además, es necesario que esto de algún signo o síntoma para considerarse como ITU.

Otro punto importante es saber diferenciar entre los dos tipos de ITUs, las altas como la pielonefritis y las bajas o también conocidas como cistitis.

La etiología más frecuente es Escheri

chia Coli uropatógena que está presente hasta en un 90% de casos; y, en menor medida la Klebsiella, Pseudomonas, Proteus, etc. La pielonefritis se genera por el ascenso bacteriano desde vías inferiores por lo que el reflujo vesicoureteral es el principal factor de riesgo para desarrollar la enfermedad.

Por lo general el daño se suele autolimitar, pero en casos específicos complicaciones o rezagos como la formación de cicatrices renales. (17)

Las manifestaciones clínicas de la pielonefritis en edades tempranas dependerán de variables como la edad, la virulencia de la bacteria y el tipo de respuesta inmunitaria del huésped. La fiebre suele aparecer cuando existe lesión del parénquima renal, los síntomas urinarios son más característicos cuando inflaman a vejiga y uretra.

A menor edad, la clínica es imprecisa, frecuente en edad de dos a tres meses, con alteración de la temperatura, succión débil, peso bajo, irritabilidad, tendencia a letargia, náuseas, vómitos y dolor abdominal. Los lactantes tienen una mayor probabilidad de desarrollar complicaciones como meningitis y sepsis. Entonces, si hay síntomas y signos en lactantes, debemos considerar la posibilidad de una pielonefritis como causa potencial y luego podremos confirmar el diagnóstico mediante exámenes. (18).

Diagnóstico: Después de contar una evaluación que indiquen un diagnóstico de pielonefritis, y se confirman este diagnóstico mediante un examen de orina. Sin embargo, es importante recordar cómo se debe recolectar la muestra de orina, que puede obtenerse mediante cateterismo a través de la uretra o una punción suprapúbica para aspirar contenido desde la vejiga. En niños mayores el chorro medio previa higiene genital es adecuada como muestra. La muestra analizada de orina patológica es indicativa con la presencia de leucocitos elevados, esterasa leucocitaria, nitritos positivos. La Academia Estadounidense de Pediatría define la ITU por la presencia de 50 000 UFC/ml de un uropatógenos en muestras obtenidas por cateterismo vesical, con

previo resultado positivo en urocultivo (19). Tratamiento: La edad del paciente y el lugar de la infección determinan la elección del antibiótico. El objetivo de este tratamiento es eliminar la infección, mejorar las manifestaciones clínicas, prevenir lesiones renales y complicaciones como la sepsis. En el tratamiento de la cistitis, la primera opción es administrar nitrofurantoina en una tasa de 5-7 mg/kg cada seis horas, trimetropin-sulfametoxazol en una tasa de 6-12 mg/kg cada 12 hr., o cefalosporinas de primera y segunda generación por vía oral durante 7-10 días. El primer curso de tratamiento para la pielonefritis consiste en administrar ampicilina con aminoglucósidos o cefalosporina de tercera generación por vía intravenosa durante 3 a 5 días, según la mejoría se completa con antibióticos vía oral (20).

3.3.2. Discusión de caso 2:

Nos encontramos ante el típico cuadro de Otitis media aguda (OMA) en un menor, con la característica otalgia, fiebre, irritabilidad y en ocasiones, como en este caso, hipoacusia. El plan de trabajo fue iniciar precozmente el tratamiento, siendo el pilar fundamental, al menos en este caso, la antibioticoterapia. El esquema utilizado fue el siguiente:

- Amoxicilina + ácido clavulánico 250 ml/ 5 mg jarabe cada 8 horas durante 7 días
- Ibuprofeno 100 ml/ 5 mg jarabe: 10 ml cada 8 horas durante 3 días
- Reevaluación en consulta externa en 3 días
- La vigilancia de signos de Alarma

Para el diagnóstico clínico de la OMA hay criterios de importancia para diferenciarla de la Otitis media con derrame (OME), ya que un diagnóstico preciso previene un uso inadecuado de antibióticos y por consiguiente el desarrollo de microorganismos resistentes.

Para diferenciar correctamente entre una patología y otra es necesario saber que para considerarse como OMA tienen que evidenciarse signos de inflamación aguda. Por ende, a parte de los síntomas típicos tiene que haber abultamiento de la membrana timpánica (signo más específico de inflamación aguda) o perforación de la membrana timpánica con otorrea purulenta aguda si se ha excluido el diagnóstico de otitis externa aguda.

Otro punto importante es que si hay abultamiento de la membrana timpánica ya no es necesario practicar una otoscopia neumática.

Se puede hacer un diagnóstico etiológico a través de una timpanocentesis, aunque este no es necesario la mayoría de las veces ya que el tratamiento antimicrobiano se elige empíricamente. Este diagnóstico etiológico solo está justificado si es que el niño tiene apariencia tóxica, está inmunocomprometido o no ha respondido a tratamientos antibióticos previos.

3.4 Rotación de Cirugía

3.4.1. Discusión de caso 1: Apendicitis Aguda Complicada

Con la presentación clínica de este caso asociado a los resultados de laboratorio se planteó el diagnóstico de apendicitis aguda. Se utilizó la escala de Alvarado para estimar la probabilidad de que efectivamente se trate de esta patología. Si bien es cierto este score no es el más sensible para realizar el diagnóstico, es el que más se utiliza en emergencia por su sencillez y accesibilidad.

En este caso clínico se calculó un puntaje de Alvarado de 10, por lo que se decidió preparar al paciente para sala de cirugía. El reporte post operatorio se describió como Apendicitis Aguda Complicada, con hallazgos de líquido purulento de +/- 250cc, apéndice paracecal externo de 8x1, 5cm con perforación en el tercio proximal y base intacta.

En el tiempo de hospitalizado, se decide tratamiento con analgésicos (metamizol) y antibióticos (ciprofloxacino y metronidazol). Paciente evoluciona favorablemente y tolera vía oral.

3.4.4 Discusión de caso 2:

El paciente en el caso previo presenta diagnóstico de fisura anal, gracias a un examen físico minucioso podemos afirmar que se trata de una lesión de la superficie anal cuyos bordes son finos. Al ser de tiempo de evolución menor a 6 semanas se le cataloga como agudo. Además, carece de complicaciones.

La fisura anal se presenta como el desgarro de la piel externa del ano y, con mayor frecuencia, localizada en línea posterior. El síntoma común es el dolor urente y lancinante asociado al defecar, que puede ir con hemorragia leve (21). El diagnóstico es puramente clínico basado en un correcto examen físico. Se manejó con tratamiento de trinitrato de glicerilo, además de medidas higiénico-dietéticas. Con estas medidas, lo esperado es que el dolor se resuelva antes de la primera semana, además, el sangrado debería desaparecer gradualmente durante el mismo periodo de tiempo.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Los hospitales del MINSA como el Hospital Emergencias de Ate Vitarte reciben atención diaria un gran número de usuarios, que en tiempos previos a la pandemia eran más frecuentes en comparación con la actualidad. El sector de la salud fue uno de los más vulnerados durante la pandemia debido al colapso de varias entidades y la gran pérdida de personal médico que estaba en la primera línea frente a la enfermedad. Como resultado, los servicios de salud brindados por el Hospital se limitaron para enfrentar la pandemia de COVID-19. Los hospitales, incluido el centro de salud mencionado, tuvieron medidas para dividir los servicios de salud en salas COVID y no COVID.

La pandemia evidenció la falta de infraestructura, insumos y capacidad administrativa del sistema de salud desde hace muchos años, lo que llevó a los nosocomios a presentar un déficit en camas hospitalarias y recursos humanos en corto tiempo.

Considerando las ventajas de la falta de personal, los internos de medicina tienen más responsabilidades, lo que les permite realizar más procedimientos y participar en más casos, para así ampliar los conocimientos prácticos y la mejora en el ojo clínico de diferentes enfermedades comunes en la población y su manejo

Dentro del establecimiento de atención primaria pasó por varios períodos, algunos en los que la pandemia estaba en un estado de estancamiento, y otros en los que la inquietud aumentó cuando el virus aumentó o cambió. En este momento, se respetaron las instrucciones y protocolos de bioseguridad contando con las dos dosis vacunas disponibles en dicho momento contra el COVID. Aunque ya existían protocolos habituales para tratar la nueva enfermedad, el ingreso al hospital fue diferente. Hubo una variante con características más contagiosa que las anteriores, pero menos mortal.

Además, el personal de atención médica ya había recibido dosis de refuerzo. El panorama cambió rápidamente, con incremento significativo de nuevos casos, pero sin incremento de hospitalizados. Esto implicó que la pandemia por COVID-19 evolucionó; un virus que en sus inicios tenía una considerable serie de mortalidad y que ahora solo causaba síntomas muy similares a infecciones virales estacionales. En los centros hospitalarios hicieron caso omiso las horas laborales máximas establecidas en el internado, cabe resaltar que esta etapa es el último peldaño para acabar la carrera de medicina, que va inmerso de cuantiosas horas para el aprendizaje que en ocasiones causó cansancio mental y físico un proceso común en casi todos los internos de medicina

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

La etapa de internado médico que me tocó llevar fue en cierto modo atípico debido al contexto social ocasionado por la pandemia del SARS COV2. Esta promoción de internado fue la tercera en este contexto, por lo que se pudo llevar de la manera más similar posible a otras épocas prepandemia, pero no igual. Hubo ciertos momentos en los cuales se evidenciaron ciertas dificultades: como el retraso en el comienzo del internado la reducción de plazas en establecimientos de alta complejidad. Este último trajo como consecuencia que muchos de los internos de todas las universidades se vean obligados a ejecutar sus labores y aprender por algunos meses en centros de menor categoría, incluso en el primer nivel de atención. Hecho que agradezco infinitamente debido a que aprendí cosas del día a día en la medicina humana que de otra manera no hubiese podido aprender. Como por ejemplo el cómo funciona el sistema de salud desde su expresión más pequeña hasta la más grande y como los pacientes tienes que gestionar la documentación para obtener una atención más especializada. Además, pude observar de cerca y darme cuenta de la comparativa con las distintas áreas de atención del MINSA. Aprendí desde la importancia de la promoción en salud hasta el manejo de condiciones médicas de alta complejidad.

No es un secreto las falencias que sufre un sistema de salud como el peruano, que si bien es cierto existe una mejora considerable en los últimos años, y se espera una mejoría incluso mayor con el paso del tiempo. En la actualidad, como personal de salud, muchas veces nos vemos limitados por la falta insumos por lo que caemos en la obligación de ser entusiastas y apañarnos con lo que tenemos para resolver problemas. Es ahí donde te das cuenta de que muchas de las normas técnicas o guías internacionales para el manejo de distintas patologías no pueden ser aplicadas a la realidad del país, sobre todo en las zonas más alejadas.

La experiencia de llevar a cabo el internado médico en el Hospital de Emergencias Ate Vitarte ha sido enriquecedora y desafiante en igual medida. A lo largo de este informe, hemos explorado los aspectos fundamentales de esta vivencia, desde el entorno de alta presión y la diversidad de casos

médicos hasta la oportunidad de trabajar junto a profesionales experimentados en situaciones de urgencia.

Durante este período, los internos han tenido la oportunidad de aplicar y fortalecer los conocimientos teóricos adquiridos en la universidad en un escenario real y dinámico. Las numerosas situaciones a las que se han enfrentado les han brindado la capacidad de tomar decisiones rápidas y precisas, así como de perfeccionar sus habilidades de comunicación y trabajo en equipo. Además, la diversidad de pacientes atendidos ha permitido una comprensión más profunda de las distintas realidades de salud que coexisten en nuestra sociedad.

Si bien es innegable que el entorno de urgencias presenta desafíos físicos y emocionales considerables, también es evidente que esta experiencia ha contribuido significativamente al crecimiento personal y profesional de los internos. Han aprendido a gestionar el estrés, a mantener la calma en situaciones críticas y a brindar atención médica de calidad incluso en circunstancias adversas. Esta vivencia también ha resaltado la importancia del autocuidado y el apoyo entre colegas para prevenir el agotamiento.

Por suerte, tanto en el Hospital de Ate como en el Centro de Salud Virgen del Carmen – La Era, pude vivir la experiencia, vi ambas caras de la moneda y traté de ayudar a todas las personas que pude con los implementos que tuve a disposición. Del mismo modo, en ambos centros pude conocer gente espectacular, profesionales increíbles y preocupados por capacitar y enseñar a los internos la magia de la medicina y el trato adecuado a los pacientes.

En última instancia, el Hospital de Emergencias Ate Vitarte ha sido un laboratorio invaluable para la formación médica, permitiendo a los futuros médicos fusionar los conceptos teóricos y la práctica clínica y preparándolos para convertirse en profesionales médicos competentes y compasivos. La experiencia ha dejado una huella duradera, dejándolos con recuerdos imborrables, lecciones aprendidas y una base sólida sobre la cual construir sus futuras carreras. Sin lugar a duda, este internado ha sido un capítulo fundamental en su camino hacia la excelencia médica y la mejora continua en beneficio de la salud y el bienestar de la comunidad.

CAPÍTULO VI . RECOMENDACIONES

La etapa del internado es una de las más importantes en la formación profesional de los médicos, ya que nos permite fusionar la teoría y la práctica en un entorno adecuado para lograr convertirnos en profesionales competentes y con valores fuertes, listos para lidiar con las adversidades que se nos presenten al ejercer la medicina en el futuro.

Al ser una parte tan fundamental en nuestra formación es importante darle el protagonismo y tiempo necesario para su correcto desarrollo y así evitar posibles falencias de conocimiento y práctica al ejercer la labor de médico. El tiempo del internado en la actualidad (diez meses) debe ser reconsiderado y volver a como era en la era prepandemia, donde era un año entero. En mi opinión, la distribución actual del internado es correcta. Considero que pasar por un centro de salud en el primer nivel de atención sumó mucho en mi formación y creo que puede sumarle de igual manera a todas las siguientes promociones de internos que vengan en el futuro.

Otro punto muy importante y al cual le deberíamos prestar mayor atención durante esta etapa es la de la salud mental de los internos. Ya que adquirir tantas responsabilidades en corto tiempo, asociado a estrés intenso y a un estilo de vida muchas veces descuidado, pueden desencadenar diversos conflictos con nosotros mismos, ya sean emocionales, mentales. Los cuales son mucho más llevaderos con un apoyo emocional y psicológico.

CAPÍTULO VII. FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1. Taype A., Tataje G, Arizabal A, Alegría S. Percepción de médicos de una universidad de Lima sobre su capacitación en procedimientos médicos durante el internado. *An Fac Med.* 2018. Jan;77(1):31–8.
2. Directiva de Internado Médico de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres [Internet]. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2019 [citado 18 feb 2022]. Disponible en: https://medicina.usmp.edu.pe/medicina/academico/normativas/DIRECTIVA_UNIDAD_INTERNADO_MEDICO.pdf
3. Ministerio de Salud. Documento Técnico: "Lineamiento para el Desarrollo de las Actividades de los internos de Ciencias de la Salud 2021 en el Marco de la Emergencia Sanitaria" [Internet]. Lima: Dirección General de Personal de la Salud; 2021 [citado 18 feb 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normaslegales/1976734-779-2021-minsa>
4. Hospital de Emergencia Ate Vitarte. Funciones del Hospital Emergencia Ate Vitarte. 2023. Disponible en: <https://www.gob.pe/28268-hospital-emergencia-ate-vitarte-funciones-del-hospital-emergencia-ate-vitarte>
5. DISA Lima Este. Centro de salud Virgen del Carmen-La era. 2021. Disponible en: <https://www.establecimientosdesalud.info/lima-este/centro-de-salud-virgen-del-carmen-la-era-luriganchu/>
6. Whitcomb D. Pathogenesis of acute pancreatitis. *UpToDate* [Internet]. 2022. [cited 2022 Mar 2]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-of-acute-pancreatitis?search=PANCREATITIS%20AGUDA&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5
7. Swaroop S. Management of acute pancreatitis. *UpToDate* [Internet]. 2022. [cited 2022 Mar 2]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute->

- pancreatitis?search=PANCREATITIS%20AGUDA&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
8. Swaroop S. Clinical manifestations and diagnosis of acute pancreatitis. 2022.UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [cited 2022 Mar 2]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis?search=PANCREATITIS%20AGUDA&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
 9. DIRESA CUSCO. Guía de Práctica Clínica en Pancreatitis Aguda Grave. 2020. [cited 2022 Mar 2]. Disponible en: http://diresacusco.gob.pe/salud_individual/servicios/Gu%C3%ADas%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20MINSA/Propuestas%20previas%20de%20GPC/Gu%C3%ADas%20Pr%C3%A1cticas%20Cl%C3%ADnicas%20en%20Cuidados%20Intensivos/oo.Pancreatitis.UCl.oct.pdf
 10. Gupta K. Acute complicated urinary tract infection (including pyelonephritis) in adults. UpToDate [Internet]. 2022. [cited 2022 Mar 2]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=ID%2F131022&topicKey=ID%2F16109&search=infeccion%20del%20tracto%20urinario&rank=1~150&source=see_link
 11. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica en Infección Urinaria. 2020. [cited 2022 Mar 2]. Disponible en: <https://www.incn.gob.pe/wp-content/uploads/2020/09/093-2013->
 12. Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del Instituto Nacional Materno Infantil [Internet]. 2010. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3318.pdf>
 13. Gonzales R. Amenaza de aborto. Rev Med Cos Cen. 2011;68(599):495-8.
 14. Norma técnica de salud para el manejo de infecciones de transmisión sexual en el Perú [Internet]. 2009. Disponible en: <http://www.dirislimaeste.gob.pe/downloadSQL.asp?ff0d813dd5d2f64dd372c6c4b6aed086=6&59b8d02757e1bd7790e2fadf4ca3cea1=7082>.

15. Vidal Borrás E, Ugarte Rodríguez CJ. Síndrome de flujo vaginal. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. diciembre de 2010;36(4):594-602.
16. Rodríguez JDG, Fernández LMR. INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN LA INFANCIA.
17. Millner R, Becknell B. Urinary Tract Infections. *Pediatric Clinics of North America*. 1 de febrero de 2019;66(1):1-13.
18. Morello W, La Scola C, Alberici I, Montini G. Acute pyelonephritis in children. *Pediatr Nephrol*. 1 de agosto de 2016;31(8):1253-65.
19. Mattoo TK, Shaikh N, Nelson CP. Contemporary Management of Urinary Tract Infection in Children. *Pediatrics* [Internet]. 1 de febrero de 2021 [citado 19 de mayo de 2023];147(2). Disponible en: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/147/2/e2020012138/36243/Contemporary-Management-of-Urinary-Tract-Infection>
20. Lombardo-Aburto E. Abordaje pediátrico de las infecciones de vías urinarias. *Acta pediátrica de México*. Febrero de 2018;39(1):85-90.
21. Mínguez M, Almela P. Fisura anal. *Rev Esp Enferm Dig* [Internet]. 2007 [citado 13 de abril de 2023];99(10):612-612. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113001082007001000011