

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO - HOSPITAL SERGIO  
E. BERNALES ABRIL 2023- ENERO 2024**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**KERVIN MARIO SORIA TAYPE  
ANGGI JULY TADEO VELASQUEZ**

**ASESOR**

**OSCAR ORLANDO OTOYA PETIT**

**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  
SERGIO E. BERNALES ABRIL 2023- ENERO 2024**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR**

**KERVIN MARIO SORIA TAYPE  
ANGGI JULY TADEO VELASQUEZ**

**ASESOR  
MGTR. OSCAR ORLANDO OTOYA PETIT**

**LIMA-PERÚ**

**2024**

## **JURADO**

**Presidente: Dra. Emma Mercedes Huamani De La Cruz**

**Miembro: Dr. Jeffrey Tovar Roca**

**Miembro: Dr. Sandro Yanick Cano Gamarra**

## **DEDICATORIA**

A nuestras familias, en especial a nuestras madres quienes fueron el motor y motivo en nuestras vidas. A nuestros tíos y abuelos, quienes siempre nos motivaron a seguir adelante.

## ÍNDICE

<b>JURADO</b>	ii
<b>DEDICATORIA</b>	iii
<b>ÍNDICE</b>	iv
<b>RESUMEN</b>	v
<b>ABSTRACT</b>	vi
<b>INTRODUCCIÓN</b>	vii
<b>CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	1
<b>CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b>	27
<b>CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	29
<b>CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	34
<b>CONCLUSIONES</b>	36
<b>RECOMENDACIONES</b>	37
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	38

## RESUMEN

**Objetivo:** El presente trabajo tiene como objetivo describir y analizar el desarrollo del internado médico mediante la exposición de casos clínicos y la aplicación práctica de los conocimientos adquiridos durante la carrera de Medicina Humana. Se busca, además, describir la casuística de patologías evaluadas y tratadas dentro del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

**Método:** Exposición de 16 casos clínicos de las rotaciones en Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Ginecología y Obstetricia. El desarrollo de estos casos se realizó en el transcurso del internado médico desde abril del 2023 a enero del 2024 en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

**Conclusiones:** El internado médico es el periodo de aprendizaje donde el alumno de pregrado emplea los conocimientos adquiridos para el manejo de patologías clínicas y quirúrgicas mediante la aplicación de medicina basada en evidencia con lo cual se desarrollan habilidades para el desempeño de la profesión médica.

**Palabras clave:** Aplicación de medicina basada en evidencia, internado médico, exposición de casos clínicos, Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

## ABSTRACT

**Objective:** This report aims to describe and analyze the development of the medical internship through the presentation of clinical cases and the practical application of the knowledge acquired during the development of the human medicine career. It also seeks to describe the casuistry of pathologies evaluated and treated within the Sergio E. Bernales National Hospital.

**Method:** Presentation of 16 clinical cases from the rotations in Internal Medicine, General Surgery, Pediatrics and Gynecology and Obstetrics services. The development of these cases was carried out during the medical internship from April 2023 to January 2024 at the Sergio E. Bernales National Hospital.

**Conclusions:** The medical internship is the learning period where the undergraduate student uses the knowledge acquired to manage clinical and surgical pathologies through the application of evidence-based medicine, thereby developing skills for the performance of the medical profession.

**Keywords:** Application of evidence-based medicine, medical internship, clinical case presentation, National Hospital Sergio E. Bernales.



NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES ABRIL 2023- ENERO 2024**

AUTOR

**KERVIN MARIO SORIA TAYPE**

RECUENTO DE PALABRAS

**10706 Words**

RECUENTO DE CARACTERES

**58911 Characters**

RECUENTO DE PÁGINAS

**47 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**150.1KB**

FECHA DE ENTREGA

**Mar 16, 2024 7:59 AM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Mar 16, 2024 8:00 AM GMT-5**

● **15% de similitud general**

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

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 0% 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

**MGTR. OSCAR OTOYA PETIT**  
**DNI: 08498700**

**ORCID: [0009-0002-5227-2457](https://orcid.org/0009-0002-5227-2457)**

## INTRODUCCIÓN

El internado médico es definido mediante la Directiva Administrativa n.º331 MINSA/DIGEP- 2022 como el periodo de aprendizaje correspondiente a las prácticas preprofesionales del último año de estudio de las carreras de ciencia de la salud (1). Además, es considerado como la etapa más importante durante la formación de pregrado y como el periodo de transición del estudiante al médico, debido a que, durante la rotación hospitalaria, los alumnos desempeñan funciones asistenciales supervisadas lo cual contribuye a la adquisición de nuevas competencias de manejo y terapéutica (2).

En el Perú, debido a la pandemia de SARS-CoV-2 (3), se redujo la duración del internado médico 2023-2024 a un periodo de 10 meses de duración, los cuales se dividieron en las rotaciones en Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General y Pediatría; asimismo, bajo la directiva de la Unidad de Internado Médico de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres, se dispone que el periodo de internado conste de módulos de aprendizaje divididos en la rotación hospitalaria y los seminarios virtuales que son brindados con el fin de desarrollar casos clínicos típicos para reforzar el aprendizaje durante este periodo.

Mediante la Resolución Ministerial n.º351- 2022- MINSA se aprueba las bases del internado médico en los establecimientos de salud e instituciones de apoyo (4) con lo cual, para los autores, el 1 de abril del 2023 se inició esta etapa en el Hospital Nacional Sergio E. Bernaldes donde se nos brindó la oportunidad de adquirir y emplear las competencias necesarias dentro de los diferentes ambientes hospitalarios de esta institución. A continuación, se desarrollan 16 casos clínicos de las cuatro especialidades mencionadas

## **CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL**

En el presente capítulo se desarrollan los dieciséis casos clínicos más frecuentes y relevantes dentro de la práctica clínica y quirúrgica en las especialidades de Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Cirugía General durante el internado médico 2023-2024 en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

### **1.1 Rotación en Cirugía General**

La primera rotación realizada fue en el servicio de Cirugía General el cual inició el 1 de abril y finalizó el 31 de mayo del 2023. Dentro del servicio, se incluyó las rotaciones complementarias de especialidades quirúrgicas tales como Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía Plástica, Cirugía Oncológica, Cirugía de Tórax y Vascular, Traumatología, Cirugía Pediátrica, Neurocirugía y Urología siendo estas un pilar importante para la adquisición de nuevas habilidades y conocimientos del alumno de pregrado. Las prácticas preprofesionales se desarrollaron en los ambientes de pabellón de Hospitalización y Emergencia donde las patologías más frecuentes encontradas fueron la apendicitis aguda, colecistitis aguda, hernias inguinales y crurales, fracturas, heridas, contusiones diversas, entre otros (5).

Durante la rotación en Cirugía General, el interno adquiere la capacidad de identificar rápidamente las patologías de manejo quirúrgico y decidir si requiere una atención inmediata; asimismo, el alumno de pregrado aprende y aplica técnicas quirúrgicas dentro de la sala de operaciones. A continuación, se desarrolla cuatro casos clínicos representativos de la rotación.

#### **Caso clínico n.º1**

**Relato:** Paciente masculino de 40 años que ingresa por Emergencia debido a que hace 20 minutos sufre traumatismo abdominal abierto por proyectil de arma de fuego, refiriendo pérdida sanguínea de aproximadamente 1000 mililitros.

**Antecedentes:** Niega antecedentes de importancia

**Examen físico**

Funciones vitales alteradas con PA: 110/50 mmHg, FC: 110 lpm, FR: 18 rpm y temperatura de 36.7 °C. Peso de 64 kilogramos.

- **Estado general:** Paciente en mal estado general, en decúbito supino
- **Piel y faneras:** Frialdad distal, poco elástica, mucosas poco hidratadas, sin ictericia, palidez leve a moderada.
- **Tórax y pulmón:** A la auscultación, murmullo vesicular pasa adecuadamente por ambos hemitórax y sin estertores.
- **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos.
- **Abdomen:** Poco blando, poco depresible, dolor intenso a la palpación profunda, se evidencia signos peritoneales, además de solución de continuidad causada por proyectil de arma de fuego a nivel de mesogastrio con salida de proyectil a nivel de región glútea derecha.
- **Neurológico:** Localizado en tiempo, persona y espacio, escala Glasgow 15/15, colaborador.

**Impresión diagnóstica:** Trauma abdominal abierto por proyectil de arma de fuego.

#### **Exámenes auxiliares**

- Hemograma y bioquímica con leucocitos de 7 500, hemoglobina de 10. 4 g/dl, neutrófilos segmentados de 2 600, plaquetas de 302 000.

#### **Plan de trabajo**

- Ayuno completo.
- Cloruro de sodio al 0.9 % 1 litro i.v. para pasar 300 mililitros a chorro y luego a razón de 45 gotas por minuto.
- Omeprazol 40 miligramos i.v. cada 24 horas.
- Ketoprofeno 100 miligramos i.v. cada 8 horas.
- Ceftriaxona 2 gramos i.v. cada 24 horas.
- Colocación de sonda Foley.
- Colocación de sonda nasogástrica.
- Se programa para sala de operaciones de emergencia.
- Transfusión de 1 paquete globular de emergencia.
- Se solicita hemoglobina y hematocrito post transfusión.

**Procedimiento quirúrgico:** Se realiza laparotomía exploratoria, rafia de íleon, rafia de recto, secado de cavidad y drenaje debido a trauma

retroperitoneal zona II derecha, trauma ileal, trauma de recto por traumatismo abierto por proyectil de arma de fuego.

### **Tratamiento post operatorio**

- Ayuno completo por 3 días.
- Cloruro sódico al 0.9% 1 litro i.v. a 40 gotas por minuto.
- Ceftriaxona 1 gramo i.v. cada 12 horas.
- Metronidazol 500 miligramos i.v. cada 8 horas.
- Omeprazol 40 miligramos i.v. cada 24 horas.
- Ketoprofeno 100 miligramos i.v. cada 8 horas.
- Tramadol 100 miligramos con dimenhidrinato 50 miligramos diluidos en solución salina al 0.9% 100 mililitros i.v. condicional a dolor intenso.
- Control de drenaje en hoja aparte.
- Deambulación asistida.

### **Caso clínico n°2**

**Relato:** Paciente masculino de 69 años que ingresa mediante Consultorio Externo para la operación electiva de hernioplastia debido a su diagnóstico de hernia inguinal derecha reductible, paciente asintomático.

### **Antecedentes**

- Refiere antecedente patológico de diabetes *mellitus* tipo 2 controlada.
- Sin otros antecedentes de importancia.

### **Examen físico**

Funciones vitales estables con una PA: 120/80 mmHg, FC: 73 lpm, FR: 17 rpm, temperatura de 36.4°C y peso de 78 kilogramos.

- **Estado general:** Paciente en decúbito supino, en adecuado estado general.
- **Piel y faneras:** Mucosas hidratadas, sin signos de ictericia o cianosis, tibia y elástica.
- **Tórax y pulmón:** A la auscultación, murmullo vesicular pasa adecuadamente por ambos hemitórax y sin estertores.
- **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos audibles.
- **Abdomen:** Blando, depresible, presencia de ruidos hidroaéreos, a la palpación no presenta dolor profundo o

- **Genitourinario:** Masa palpable de medidas de 6 centímetros de ancho y 2 centímetros de largo visible a la maniobra de Valsalva, sin cambios de coloración ubicado en región inguinal derecha.
- **Neurológico:** Localizado en tiempo, persona y espacio, escala Glasgow 15/15, colaborador al momento de la entrevista.

**Impresión diagnóstica:** Hernia inguinal derecha reductible.

#### **Exámenes auxiliares**

- Hemograma y bioquímica con leucocitos de 8 700, hemoglobina de 14.9 g/dl, neutrófilos segmentados de 4 300, plaquetas de 209 000, glucosa de 94 mg/dl, creatinina de 0.77 mg/dl y urea de 40 mg/dl.
- Ecografía de región inguinal derecha donde se evidencia canal inguinal y saco herniario de 70 milímetros de ancho y 25 milímetros de largo, con anillo de 28 milímetros visible durante la maniobra de Valsalva.

#### **Plan de trabajo**

- Ayuno completo
- Se programa para sala de operaciones.

**Procedimiento quirúrgico:** Hernioplastia inguinal derecha con técnica de Liechtenstein.

#### **Tratamiento post operatorio**

- Ayuno completo por 6 horas.
- Cloruro de sodio al 0.9 % 1 litro i.v. a 15 gotas por minuto.
- Ceftriaxona 1 gramo i.v. cada 12 horas.
- Omeprazol 40 miligramos i.v. cada 24 horas.
- Ketoprofeno 100 miligramos i.v. cada 8 horas.
- Control de funciones vitales cada 8 horas.

#### **Caso clínico n.º3**

**Relato:** Paciente femenina de 32 años que ingresa por Emergencia refiriendo que desde hace 12 horas presenta dolor en hipogastrio de intensidad 6/10, náuseas y vómitos en 5 oportunidades. Refiere que 2 horas antes del ingreso el dolor en hipogastrio aumenta de intensidad.

**Antecedentes:** Sin antecedentes de importancia.

#### **Examen físico**

Funciones vitales estables con una FC: 77 lpm, FR: 18 rpm, temperatura de 39 °C y peso de 65 kilogramos.

- **Estado general:** Decúbito supino, en mal estado general.
- **Piel y faneras:** Mucosas hidratadas, llenado capilar adecuado.
- **Tórax y pulmón:** A la auscultación, murmullo vesicular pasa adecuadamente por ambos hemitórax y sin estertores.
- **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos audibles.
- **Abdomen:** Excavado, presencia de ruidos hidroaéreos, a la palpación hay presencia de dolor en hipogastrio, Mc Burney positivo.
- **Neurológico:** Lúcido, escala Glasgow 15/15, colaborador durante la entrevista.

### **Impresión diagnóstica**

- Abdomen agudo quirúrgico.
- Apendicitis aguda.

### **Exámenes auxiliares**

- Hemograma con leucocitos de 20 700, segmentados de 16 560, abastionados de 1 660, hemoglobina de 12.9 g/dl, plaquetas de 208 000, glucosa de 88 mg/dl, urea de 38 mg/dl y creatinina de 1 mg/dl.
- Ecografía abdominal inferior con presencia de dolor a la eco presión a nivel de fosa iliaca derecha e incremento de ecogenicidad de la grasa mesentérica en forma difusa, no se observa apéndice cecal.

### **Plan de trabajo**

- Ayuno total
- Cloruro de sodio al 0.9 % 1 litro i.v. a 15 gotas por minuto.
- Ranitidina 50 miligramos i.v. cada 24 horas.
- Dimenhidrinato 50 miligramos i.v. cada 8 horas.
- Ingresar a sala de operaciones de emergencia.

**Procedimiento quirúrgico:** Apendicectomía por apendicitis aguda flemonosa en toda su extensión con base indemne.

### **Tratamiento post operatorio**

- Ayuno total por 6 horas.
- Cloruro de sodio al 0.9% 1 litro i.v. a 30 gotas por minuto.
- Ceftriaxona 1 gramo i.v. cada 12 horas.

- Omeprazol 40 miligramos i.v. cada 24 horas.
- Metamizol 1.5 gramos i.v. cada 8 horas.
- Curación de herida operatoria luego de 24 horas.

#### **Caso clínico n.º4**

**Relato:** Paciente femenina de 47 años con un que refiere que desde hace 1 mes acude por Consultorio Externo de Cirugía General, refiere dolor a nivel dorsal y cuadrante superior derecho posterior a ingesta de alimentos grasosos, asociado a náuseas, sin sensación de alza térmica.

#### **Antecedentes**

- Refiere antecedente de asma bronquial hace 5 años y tuberculosis pulmonar a los 18 años.
- Niega otros antecedentes de importancia.

#### **Examen físico**

Funciones vitales estables con FC: 98 lpm, FR: 19 rpm, temperatura de 36.2 °C y peso de 92 kilogramos.

- **Estado general:** Decúbito supino, en regular estado general y de nutrición.
- **Piel y faneras:** Tibia, elástica, poco hidratada, mucosas poco hidratadas, sin ictericia, sin cianosis.
- **Tórax y pulmón:** A la auscultación, murmullo vesicular pasa adecuadamente por ambos hemitórax y sin estertores.
- **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos, a la auscultación sin soplos audibles.
- **Abdomen:** Blando, depresible, presencia de ruidos hidroaéreos, sin dolor a la palpación profunda o superficial.
- **Neurológico:** Lúcida, escala de Glasgow 15/15, reflejos osteotendinosos presentes.

**Impresión diagnóstica:** Colecistitis crónica calculosa.

#### **Exámenes auxiliares**

- Hemograma con leucocitos de 4 900, segmentados de 3 200, hemoglobina de 12.6 g/dl y plaquetas de 250 000.
- Ecografía abdominal con vesícula biliar con paredes engrosadas de 6 milímetros con presencia de imagen litiásica de 11 milímetros.

#### **Plan de trabajo**



- Dieta blanda.
- Vía salinizada.
- Evaluación por anestesiología.
- Programación para sala de operaciones.
- Control de funciones vitales.

**Procedimiento quirúrgico:** Colecistectomía por vía laparoscópica.

**Tratamiento postoperatorio:**

- Ayuno total por 6 horas, luego tolerancia oral.
- Cloruro de sodio al 0.9% 1 litro i.v. a 35 gotas por minuto.
- Omeprazol 40 miligramos i.v. cada 24 horas.
- Ketoprofeno 100 miligramos i.v. cada 8 horas.
- Tramadol 100 miligramos con dimenhidrinato 50 miligramos diluidos en solución salina al 0.9% 100 mililitros i.v cada 8 horas.
- Metoclopramida 10 miligramos i.v. cada 8 horas.
- Control de funciones vitales cada 8 horas.

## **1.2 Rotación en Pediatría**

La segunda rotación realizada fue en el servicio de Pediatría el cual inició el 1 de junio y culminó el 31 de julio del 2023. Este servicio se divide en Pediatría y Neonatología donde los internos de medicina realizan sus prácticas clínicas supervisadas por médicos cirujanos y especialistas donde se evalúan a los pacientes en los diferentes ambientes hospitalarios y de Emergencia. Se brinda, además, la asesoría adecuada para que el interno adquiriera la capacidad de decidir la prioridad de la atención para brindar una atención rápida, adecuada e integral.

Las patologías más frecuentes (5) en el servicio de Pediatría fueron el asma, diarrea y gastroenteritis, bronquiolitis e infección de las vías urinarias mientras que en el servicio de Neonatología se pudo apreciar con mayor frecuencia las patologías de sepsis neonatal, ictericia neonatal y la incompatibilidad del grupo o factor además se aprende fundamentalmente el manejo de la atención inmediata del recién nacido. A continuación, se expondrán cuatro casos clínicos representativos de la rotación.

## **Caso clínico n.º1**

**Relato:** Paciente masculino de 3 años acude a Emergencia por familiar el cual refiere que desde hace 1 día presenta deposiciones líquidas de 3 cámaras por día sin moco o sangre. Refiere vómitos en 5 oportunidades, pico febril cuantificado en 39°C en la madrugada la cual cede con medios físicos y Panadol 5 mililitros, familiar refiere que camino al hospital a 10 minutos antes del ingreso, paciente presenta movimientos generalizados, relajación de esfínteres y vómito.

### **Antecedentes**

- Familiar de paciente refiere convulsión febril hace 8 meses.
- Niega antecedente quirúrgico.
- Niega alergia a medicamentos.
- Refiere hospitalización previa debido a convulsión febril hace 8 meses.

### **Examen físico**

Funciones vitales estables con FC: 150 lpm, FR: 29 rpm, temperatura de 39 °C y peso de 12 kilogramos.

- **Estado general:** Paciente en regular estado general y de hidratación.
- **Piel y faneras:** Tibia, elástica, mucosas poco hidratadas, sin ictericia, sin cianosis.
- **Tórax y pulmón:** A la auscultación, murmullo vesicular pasa adecuadamente por ambos hemitórax y sin estertores.
- **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos, a la auscultación sin soplos audibles.
- **Abdomen:** Abdomen globuloso, sonoridad aumentada, sin dolor a la palpación profunda o superficial.
- **Neurológico:** Despierto, reactivo a estímulos, no signos meníngeos.

### **Impresión diagnóstica**

- Convulsión febril simple.
- Diarrea aguda infecciosa de origen bacteriano.

### **Exámenes auxiliares**

- Hemograma con leucocitos de 12 200, hemoglobina de 10.2 g/dl, segmentados de 9 200 y plaquetas de 330 000.
- Examen de orina con presencia de leucocitos aislados de 0 a 1 por campo, hematíes de 0 a 1 por campo.

- Reacción inflamatoria en heces con leucocitos más de 100 por campo, hematíes de 4 a 8 por campo.

### **Plan de trabajo**

- Dieta blanda y líquidos a voluntad.
- Dextrosa al 5% 1 litro con cloruro de sodio al 20% 40 mililitros y cloruro de potasio al 20% 20 mililitros i.v. a 20 gotas por minuto.
- Midazolam 2 miligramos i.v. condicional a convulsión.
- Metimazol 240 miligramos i.v. condicional a temperatura mayor a 38°C.
- *Bacillus clausii* 1 ampolla bebible v.o. cada 12 horas.
- Simeticona en gotas: 24 gotas v.o. condicional a cólico o gases.
- Ceftriaxona 480 miligramos i.v. cada 12 horas.
- Se hospitaliza en pabellón de Pediatría.
- Se solicita evaluación por Neurología Pediátrica.

### **Caso clínico n.º2**

**Relato:** Paciente varón de 11 años ingresa por Emergencia refiriendo que, desde hace 3 días presenta dificultad para respirar, tos y fiebre. Familiar refiere que 1 hora antes del ingreso paciente presenta aleteo nasal y mayor dificultad para respirar.

### **Antecedentes**

- Refiere antecedente de asma bronquial sin tratamiento actual.
- Niega antecedente quirúrgico.
- Niega alergia a medicamentos.

### **Examen físico**

Funciones vitales alteradas con FC: 120 lpm, FR: 35 rpm, temperatura de 37 °C y peso de 29 kilogramos.

- **Estado general:** Paciente en decúbito supino y en mal estado general.
- **Piel y faneras:** Tibia, elástica, hidratada, mucosas hidratadas, sin ictericia, sin cianosis.
- **Tórax y pulmón:** Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, sibilancias inspiratorias y espiratorias, subcrépitos difusos en hemitórax derecho, tiraje subcostal, aleteo nasal, tiraje supraclavicular.
- **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos y sin presencia de soplo audible.

- **Abdomen:** Globuloso, depresible, sonoridad aumentada, sin dolor a la palpación profunda o superficial.
- **Neurológico:** Despierto, reactivo a estímulos, escala de Glasgow 15/15.

#### **Impresión diagnóstica**

- Crisis asmática moderada.
- Asma bronquial no tratada.
- Neumonía adquirida en la comunidad.

#### **Exámenes auxiliares**

- Hemograma con leucocitos de 7 100, segmentados de 4 400, plaquetas de 385 000 y hemoglobina de 12.7 g/dl.
- Radiografía de tórax con presencia de infiltrado parenquimal en base de hemitórax derecho.

#### **Plan de trabajo**

- Dieta blanda
- Dextrosa al 5% 1 litro con cloruro de sodio al 20% 40 mililitros y+ cloruro de potasio al 20% 10 mililitros i.v. a 15 gotas por minuto.
- Dexametasona 8 miligramos i.v. luego 2 miligramos i.v. cada 6 horas.
- Nebulización con salbutamol con 15 gotas cada 20 minutos luego con 20 gotas cada 2 horas.
- Ceftriaxona 1 gramo i.v. cada 12 horas.
- Metimazol 540 mg i.v. condicional a temperatura mayor de 38°C.
- Oxígeno complementario si la saturación de oxígeno disminuye de 92%.
- Vigilar funciones vitales cada 8 horas.
- Cabecera a 30 grados.

#### **Caso clínico n.º3**

**Relato:** Paciente masculino de 13 años, acude a la Emergencia con familiar que refiere que desde hace 2 días presenta cuadro caracterizado por fiebre cuantificada de 39°C asociado a dolor abdominal difuso e intenso, también presenta deposiciones líquidas de aproximadamente 6 cámaras al día con moco sin sangre, madre le administra 1 tableta de 500 miligramos de paracetamol cada 8 horas para controlar la fiebre, pero ante la persistencia de los demás síntomas acude a Emergencia. Paciente refiere haber ingerido ceviche 3 días antes del ingreso.

## **Antecedentes**

- Refiere antecedente broncoespasmo hace 6 meses.
- Niega antecedentes quirúrgicos o alergia a medicamentos.

## **Examen físico**

Funciones vitales estables con FC: 120 lpm, FR: 25 rpm, temperatura de 39.5 °C y peso de 55 kilogramos.

- **Estado general:** Paciente en regular estado general, en decúbito supino.
- **Piel y faneras:** Tibia, elástica, hidratada, mucosas moderadamente deshidratadas.
- **Tórax y pulmón:** Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax sin ruidos agregados.
- **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad sin soplos audibles.
- **Abdomen:** Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, dolor difuso a la palpación a predominio de epigastrio y mesogastrio.
- **Neurológico:** Lúcido, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no signos de focalización, tono y fuerza muscular conservados.

## **Impresión diagnóstica**

- Diarrea aguda infecciosa.
- Intoxicación alimentaria.
- Deshidratación moderada.

## **Exámenes auxiliares**

- Hemograma con leucocitos de 20 400 y neutrófilos segmentados de 18 140.
- Examen de reacción inflamatoria en heces con leucocitos de 50 a 60 por campo, presencia de moco, gérmenes de 20 a 30 por campo.

## **Plan de trabajo**

- Tolerancia oral.
- Cloruro de sodio al 0.9% 1 litro i.v. a 30 gotas por minuto.
- Dextrosa al 5% 1 litro con cloruro de sodio al 20% 1 ampolla y cloruro de potasio al 20% 1 ampolla a 30 gotas por minuto.
- Ceftriaxona 1.5 gramos i.v. cada 24 horas.
- Ranitidina 50 miligramos i.v. cada 8 horas.
- Vigilar funciones vitales cada 8 horas.

#### **Caso clínico n.º4**

**Relato:** Paciente femenina de 14 años que ingresa por el servicio de Emergencia refiriendo que desde hace 7 días presenta dolor abdominal tipo cólico de intensidad 6/10., cefalea, mialgias, pico febril de 39°C en 3 oportunidades que cede con la administración de paracetamol 500 mg vía oral. Dos días antes del ingreso refiere pico febril de 38°C de y petequias en brazos. Refiere que 2 horas antes del ingreso se intensifica el dolor tipo urente en epigastrio.

#### **Antecedentes**

- Niega antecedentes de importancia.

#### **Examen físico**

Funciones vitales estables con FC: 105 lpm, FR: 19 rpm, temperatura de 38.2 °C y peso de 59 kilogramos.

- **Estado general:** Paciente en regular estado general.
- **Piel y faneras:** Mucosas semi hidratadas, presencia de petequias en 1/3 distal de miembros superiores. Orofaringe eritematosa.
- **Tórax y pulmón:** A la auscultación, murmullo vesicular pasa adecuadamente por ambos hemitórax y sin estertores.
- **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos; a la auscultación, sin soplos audibles.
- **Abdomen:** Blando y depresible, presencia de ruidos hidroaéreos, poco dolor a la palpación de la región del epigastrio.
- **Neurológico:** Lúcida, escala de Glasgow 15/15, colaboradora durante la entrevista.

#### **Impresión diagnóstica**

- Dolor abdominal agudo.
- Descartar Dengue.

#### **Exámenes auxiliares**

- Hemograma con leucocitos de 4 790, hemoglobina de 15.4 g/dl, segmentados de 2 680 y plaquetas de 50 000.
- Perfil hepático con TGO de 134 U/L, TGP de 28 U/L, GGT de 253 U/L, bilirrubina total de 0.33 mg/dl y albúmina de 4.1 g/dl.

#### **Plan de trabajo**

- Ayuno total.
- Dextrosa al 5% 1 litro con cloruro de sodio al 20% 20 mililitros y + cloruro de potasio al 20% 10 mililitros a 30 gotas por minuto en 8 horas.
- Paracetamol 1 gramo vía oral condicional a temperatura mayor a 38°C.
- Control de funciones vitales cada 8 horas.
- Se solicita prueba NS1 para dengue.

### **1.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia**

La rotación en Ginecología y Obstetricia fue la tercera rotación hospitalaria la cual inició el 1 de agosto y finalizó el 31 de septiembre del 2023. Este servicio es conformado por diversas áreas como la de Hospitalización de Obstetricia, Emergencia Ginecológica y Obstétrica, Hospitalización de Ginecología y Centro Obstétrico. Dentro del servicio, el alumno de pregrado es evaluado rigurosamente y se le sensibiliza sobre la importancia de la adquisición de los conocimientos para el manejo de las gestantes y puérperas, en especial, durante las claves de emergencia obstétricas ya que es la causa de muerte materna directa más importante a nivel nacional (6).

Los casos más frecuentes atendidos en el servicio de Obstetricia fueron los partos vaginales y partos asistidos por cesárea, abortos incompletos o gestación no evolutiva; mientras que en el servicio de Ginecología, el leiomioma de útero y el prolapso genital son las patologías más recurrentes (5). A continuación, se desarrolla cuatro casos clínicos representativos de la rotación.

#### **Caso clínico n.º1**

**Relato:** Paciente femenina de 41 años, gestante, ingresa por Emergencia refiriendo que desde hace 8 horas presenta dolor pélvico de intensidad 4/10, refiere leve sangrado vaginal, niega fiebre, náuseas o vómitos. Edad gestacional: 12 semanas 6 días por fecha de última menstruación.

#### **Antecedentes**

- Niega antecedentes patológicos.
- Refiere antecedente quirúrgico de cesárea debido a pelvis estrecha en el 2011.

- Niega alergia a medicamentos.
- Refiere como antecedente obstétrico su fecha de última menstruación el día 6 de diciembre del 2023 y una fórmula obstétrica de G3 P1021.

### **Examen físico**

Funciones vitales: estables con FC: 89 lpm, FR: 20 rpm, temperatura de 36.6 °C y peso de 63 kilogramos.

- **Estado general:** Paciente en decúbito supino, en regular estado general.
- **Piel y faneras:** Mucosas hidratadas, sin ictericia, sin cianosis.
- **Tórax y pulmón:** A la auscultación, murmullo vesicular pasa adecuadamente por ambos hemitórax y sin estertores.
- **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos; a la auscultación, sin soplos audibles.
- **Abdomen:** Blando y depresible, con presencia de ruidos hidroaéreos y leve dolor a la palpación de hipogastrio.
- **Tacto vaginal:** Orificio cervical externo abierto, orificio cervical interno abierto, sin presencia de sangrado vaginal.
- **Neurológico:** Lúcida, escala de Glasgow 15/15, colaboradora durante la entrevista.

### **Impresión diagnóstica**

- Hemorragia obstétrica del primer trimestre: Gestación no evolutiva.
- Infección de las vías urinarias.

### **Exámenes auxiliares**

- Hemograma y bioquímica con leucocitos de 7 200, hemoglobina de 13. 2 g/dl, plaquetas de 256 000, neutrófilos segmentados de 4 680, glucosa de 82 mg/dl y creatinina de 0.65 mg/dl.
- Examen de orina con leucocitos de 20 a 30 por campo, hematíes de 0 a 1 por campo.
- Ecografía obstétrica con gestación no evolutiva, feto con múltiples malformaciones, hidrops fetal.

### **Plan de trabajo**

- Ayuno total.
- Doxiciclina 200 miligramos vía oral cada 12 horas.
- Misoprostol 400 miligramos vía sublingual antes del procedimiento.
- Se programa para legrado uterino.



**Procedimiento quirúrgico:** Se realiza legrado uterino para extracción de contenido endouterino con pinza Foster y legra cortante.

#### **Tratamiento post operatorio**

- Ayuno total por 4 horas.
- Cloruro de sodio al 0.9 % 1 litro y oxitocina 20 UI i.v. a 30 gotas por minuto.
- Ceftriaxona 1 gramo i.v. cada 12 horas.
- Ergometrina 0.2 mg vía oral cada 8 horas.
- Control de funciones vitales cada 8 horas.

#### **Caso clínico n.º2**

**Relato:** Paciente mujer de 37 años, gestante, ingresa por Emergencia refiriendo que desde hace 30 minutos caracterizado por una cefalea de intensidad 9/10, niega otros síntomas.

#### **Antecedentes**

- Refiere antecedente de hipertensión arterial crónica sin tratamiento.
- Refiere antecedente quirúrgico de cesárea debido a preeclampsia en el año 2011 y 2018.
- Refiere como antecedente obstétrico la fecha de última menstruación el día 19 de junio del 2023 y una fórmula obstétrica de G3 P0202.

#### **Examen físico**

Funciones vitales alteradas con una PA: 140/80 mmHg, FC: 80 lpm, FR: 19 rpm, temperatura de 36.3 °C y peso de 98 kilogramos.

- **Estado general:** Paciente en decúbito supino, en regular estado general.
- **Piel y faneras:** Mucosas hidratadas, sin ictericia, sin cianosis.
- **Tórax y pulmón:** A la auscultación, murmullo vesicular pasa adecuadamente por ambos hemitórax y sin estertores.
- **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos; a la auscultación, sin soplos audibles.
- **Abdomen:** Altura uterina de 36 cm, maniobra de Leopold que indica actitud fetal en longitudinal cefálico izquierdo, dinámica uterina ausente, latidos cardiacos fetales de 147 lpm.
- **Tacto vaginal:** Dilatación de 0 cm, incorporación de 0 cm, altura de presentación en -4, membranas íntegras y pelvis estrecha.

- **Neurológico:** Lúcida, escala de Glasgow 15/15, poco colaboradora durante la entrevista.

### **Impresión diagnóstica**

- Gestación 3 de 36 semanas y 1 día por ecografía del segundo trimestre.
- Hipertensión arterial crónica.
- Trastorno hipertensivo del embarazo: preeclampsia con criterios de severidad.
- Obesidad mórbida.
- Alto riesgo obstétrico debido a cesárea anterior 2 veces.

### **Exámenes auxiliares**

- Hemograma con leucocitos de 7 600, hemoglobina de 10.7 g/dl, neutrófilos segmentados de 4 940, plaquetas de 210 000, glucosa de 82 mg/dl, urea de 38 mg/dl y creatinina de 1.2 mg/dl.
- Ecografía obstétrica con gestación única activa de 34 semanas y 0 días por biometría fetal.

### **Plan de trabajo**

- Ayuno total.
- Cloruro de sodio al 0.9 % 1 litro i.v. a 45 gotas por minuto.
- Cloruro de sodio al 0.9 % 50 mililitros con sulfato de magnesio 5 ampollas i.v. a 40 mililitros en 20 minutos y luego 10 mililitros por hora.
- Cefazolina 2 gramos i.v. 30 minutos antes de ingresar a sala de operaciones.
- Nifedipino 10 miligramos vía oral condicional a presión arterial mayor a 160/110 mmHg.
- Control de funciones vitales cada 2 horas.
- Colocación de sonda Foley.
- Vigilar signos de intoxicación por sulfato de magnesio.

**Procedimiento quirúrgico:** Cesárea y ligadura de trompas post cesárea.

### **Tratamiento post operatorio**

- Ayuno total por 12 horas.
- Cloruro de sodio al 0.9% 1 litro con oxitocina 30 UI i.v. a 30 gotas por minuto.
- Cloruro de sodio 0.9% 1 litro con sulfato de magnesio 5 ampollas i.v. a 10 mililitros por hora.

- Ceftriaxona 2 gramos i.v. cada 24 horas.
- Clindamicina 600 miligramos i.v. cada 8 horas.
- Metamizol 2 gramos i.v. cada 8 horas.
- Ranitidina 50 miligramos i.v. cada 8 horas.
- Metoclopramida 10 miligramos i.v. cada 8 horas.
- Control de presión arterial cada hora en hoja aparte.
- Nifedipino 10 miligramos vía oral condicional a presión arterial mayor de 160/110 mmHg.
- Vigilar signos de alarma de intoxicación por sulfato de magnesio.
- Masaje uterino.

### **Caso clínico n.º3**

**Relato:** Paciente gestante de 34 años ingresa por Emergencia refiriendo dolor tipo contracción de intensidad 8/10, asociado a sangrado vaginal de regular cantidad, niega movimientos fetales.

#### **Antecedentes**

- Niega antecedentes patológicos.
- Refiere antecedente quirúrgico de cesárea en el año 2015 y 2022.
- Refiere como antecedente obstétrico una fórmula obstétrica de G4 P2012, no recuerda fecha de última regla.

#### **Examen físico**

Funciones vitales estables con una FC: 87 lpm, FR: 18 rpm, temperatura de 36.6 °C y peso de 76 kilogramos.

- **Estado general:** Paciente en decúbito supino, en regular estado general.
- **Piel y faneras:** Mucosas hidratadas, sin ictericia, sin cianosis.
- **Tórax y pulmón:** A la auscultación, murmullo vesicular pasa adecuadamente por ambos hemitórax y sin estertores.
- **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad sin soplos audibles.
- **Abdomen:** Altura uterina de 36 cm, ponderado fetal de 3000 gramos, útero hipertónico, maniobras de Leopold indican actitud fetal en longitudinal cefálico derecho, latidos cardiacos fetales de 50 lpm.
- **Tacto Vaginal:** Sin dilatación, incorporación del 0%, altura de presentación en -2, membranas íntegras y pelvis ginecoide.

- **Neurológico:** Lúcida, escala de Glasgow 15/15, colaboradora durante la entrevista.

### **Impresión diagnóstica**

- Gestante 4 de 38 semanas y 3 días por ecografía de segundo trimestre.
- Bradicardia fetal severa.
- Hemorragia de 2 mitad del embarazo por desprendimiento prematuro de placenta.
- Alto riesgo obstétrico por cesárea anterior 02 veces, no controles prenatales.
- Inminente ruptura uterina.

### **Exámenes auxiliares**

- Hemograma con leucocitos de 21 900, Segmentados de 19 700, hemoglobina de 9 g/dl, tiempo de protrombina de 17.3 segundos, creatinina de 0.78 mg/dl.
- Examen de orina sin alteraciones.
- Prueba de VIH y RPR negativos.

### **Plan de trabajo**

- Ayuno total
- Cloruro de sodio al 0.9% 1 litro i.v. a 30 gotas por minuto.
- Programación para cesárea de emergencia sin exámenes prequirúrgicos y sin riesgo quirúrgico.

**Procedimiento quirúrgico:** Cesárea y lisis de adherencias

### **Tratamiento post operatorio:**

- Ayuno total por 24 horas.
- Cloruro de sodio al 0.9% 1 litro con oxitocina 30 UI i.v. a 30 gotas por minuto.
- Dextrosa al 5% 1 litro con oxitocina 30 UI, cloruro de potasio al 20% 1 ampolla y cloruro de sodio al 20% 2 ampollas i.v. a 30 gotas por minuto.
- Ketoprofeno 100 miligramos i.v. cada 8 horas.
- Ergometrina 0.2 miligramos vía intramuscular cada 8 horas.
- Misoprostol 400 miligramos vía subcutánea.
- Ranitidina 50 miligramos i.v. cada 8 horas.
- Metoclopramida 10 miligramos i.v. cada 8 horas.
- Ceftriaxona 2 gramos i.v. cada 24 horas.

- Clindamicina 900 miligramos i.v. cada 8 horas.
- Ácido tranexámico 1 gramo i.v. cada 8 horas.
- Tramadol 50 miligramos vía subcutánea condicional a dolor intenso.
- Se solicita hemograma, perfil de coagulación, perfil hepático, urea, creatinina.
- Control de funciones vitales cada 8 horas.

#### **Caso clínico n.º4**

**Relato:** Paciente gestante de 38 años que ingresa por la Emergencia refiriendo dolor tipo contracción cada 10 minutos, no presenta sangrado vaginal o pérdida de líquido.

#### **Antecedentes**

- Refiere antecedentes quirúrgicos por cesárea en el 2016 debido a embarazo post término.

#### **Examen físico**

Funciones vitales estables con FC: 90 lpm, FR: 20 rpm, temperatura de 36.8 °C. y peso de 61 kilogramos.

- **Estado general:** Paciente en decúbito supino, en regular estado general.
- **Piel y faneras:** Mucosas hidratadas, sin ictericia, sin cianosis.
- **Tórax y pulmón:** A la auscultación, murmullo vesicular pasa adecuadamente por ambos hemitórax y sin estertores.
- **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos; a la auscultación, sin soplos audibles.
- **Abdomen:** Altura uterina de 33 cm, ponderado fetal de 3075 gramos, dinámica uterina presente cada 5 minutos, a la maniobra de Leopold se encuentra actitud fetal en longitudinal cefálico derecho, latidos cardiacos fetales de 138 lpm.
- **Tacto Vaginal:** Dilatación de 0 cm, incorporación al 0%, altura de presentación en -4, membranas íntegras y pelvis ginecoide.
- **Neurológico:** Lúcida, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no signos de focalización.

#### **Impresión diagnóstica**

- Gestación 2 de 40 semanas y 4 días por ecografía de primer trimestre.
- No trabajo de parto.

- Alto riesgo obstétrico por cesárea anterior 1 vez.

#### **Exámenes auxiliares**

- Hemograma con leucocitos de 10 700, segmentados de 7 400, plaquetas de 244 000 y hemoglobina de 12.7 g/dl.
- Ecografía obstétrica con gestación única activa de 40 semanas y 4 días por ecografía del primer trimestre.

#### **Plan de trabajo**

- Cloruro de sodio al 0.9% 1 litro i.v. a 15 gotas por minuto.
- Se hospitaliza.

**Procedimiento quirúrgico:** Cesárea programada.

#### **Tratamiento post operatorio**

- Ayuno total por 24 horas.
- Cloruro de sodio al 0.9% 1 litro con oxitocina 30 UI i.v. a 30 gotas por minuto.
- Ketoprofeno 100 miligramos i.v. cada 8 horas.
- Tramadol 50 miligramos vía subcutánea condicional a dolor intenso.
- Ranitidina 50 miligramos i.v. cada 8 horas.
- Metoclopramida 10 miligramos i.v. cada 8 horas.
- Vigilar funciones vitales cada 8 horas.

### **1.4 Rotación en Medicina Interna**

La rotación en Medicina Interna fue la última rotación la cual inició el 1 de diciembre del 2023 y culminó el 31 de enero del 2024. Este servicio se divide en Medicina Interna, Gastroenterología, Infectología, Neumología y Geriatria siendo cada una de estas especialidades relevantes dentro de la formación del profesional médico. El interno de medicina desempeña sus funciones dentro de los pabellones de Hospitalización y Emergencia donde mediante las clases magistrales, exposiciones y la atención a los pacientes, se logra afianzar los conocimientos necesarios para el correcto diagnóstico y tratamiento oportuno de las diversas patologías vistas en el hospital (5).

Las patologías que con mayor frecuencia son registradas en el hospital son la insuficiencia respiratoria aguda, diabetes mellitus con complicaciones tardías, septicemia, tuberculosis pulmonar, enfermedad cerebrovascular, infarto

agudo al miocardio, infección de vías urinarias, pancreatitis aguda, entre otros. A continuación, se presentan cuatro casos clínicos más representativos de la rotación

### **Caso clínico n.º1**

**Relato:** Paciente masculino de 65 años que ingresa por el servicio de Emergencia refiriendo que desde hace 4 días presenta dolor de tipo urente en miembro inferior izquierdo de intensidad 8/10 el cual se acompaña 2 episodios de sensación de alza térmica no cuantificada.

### **Antecedentes**

- Refiere como antecedente patológico la diabetes *mellitus* tipo 2 no controlada.

### **Examen físico**

Funciones vitales estables con una FC: 82 lpm, FR: 20 rpm, temperatura de 37.2 °C y peso de 98 kilogramos.

- **Estado general:** Regular estado general, adecuado estado de hidratación, regular estado de nutrición.
- **Piel y faneras:** Mucosas hidratadas, sin ictericia, palidez leve.
- **Tórax y pulmón:** A la auscultación, murmullo vesicular pasa adecuadamente por ambos hemitórax y sin estertores.
- **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos; a la auscultación, no soplos.
- **Abdomen:** Blando con presencia de ruidos hidroaéreos, sin dolor a la palpación profunda o superficial.
- **Neurológico:** Lúcido, escala de Glasgow 15/15, paciente colaborador.
- **Extremidades:** Miembro inferior izquierdo con solución de continuidad de medidas de 2 cm de largo, 2 cm de ancho y 1 cm de profundidad en base de quinto dedo de pie con secreción serohemática cambios de coloración del quinto dedo y presencia de pulso pedio débil.

### **Impresión diagnóstica**

- Diabetes mellitus tipo 2 con complicaciones tardías de pie diabético Texas 3D, neuropatía diabética y enfermedad arterial periférica.
- Anemia leve normocítica normocrómica.

### **Exámenes auxiliares**

- Hemograma con leucocitos de 12 300, hemoglobina de 11.2 g/dl, plaquetas de 256 000, neutrófilos segmentados de 9 470, glucosa de 177 mg/dl y creatinina de 1.22 mg/dl.
- Ecografía Doppler de miembro inferior izquierdo con vasos arteriales de calibre y trayecto conservado. Al Doppler color se muestra flujo con velocidades en rango normal.

### **Plan de trabajo**

- Dieta blanda baja en calorías y líquidos a voluntad.
- Meropenem 1 gramo i.v. cada 8 horas en infusión por 3 horas.
- Vancomicina 1 gramo i.v. cada 12 horas en infusión por 3 horas.
- Atorvastatina 20 miligramos vía oral cada 24 horas.
- Tramadol 50 miligramos vía subcutánea condicional a dolor intenso.
- Metamizol 1.5 gramos i.v. condicional a temperatura mayor a 38°C.
- Insulina R a escala móvil.
- Curaciones diarias.
- Evaluación por Cirugía de Tórax y Vascular.
- Evaluación por Unidad de Pie Diabético
- Evaluación por Oftalmología para descartar retinopatía diabética

### **Caso clínico n.º2**

**Relato:** Paciente masculino de 48 años que ingresa a Emergencia refiriendo que desde hace 3 días presenta fiebre cuantificada de 38°C asociado a dolor abdominal en mesogastrio de moderada intensidad, malestar general, a lo cual el paciente recibe medicación de manera particular con analgésicos y antipiréticos cediendo parcialmente.

### **Antecedentes**

- Refiere antecedente patológico por pancreatitis aguda moderadamente severa con colecciones peri pancreáticas hace 3 meses.
- Sin otros antecedentes de importancia.

### **Examen físico**

Funciones vitales estables con una FC: 85 lpm, FR: 19 rpm, temperatura de 36.5 °C y peso de 75 kilogramos.

- **Estado general:** Decúbito supino, regular estado general.



- **Piel y faneras:** Mucosas hidratadas, llenado capilar menor de 2 segundos, sin ictericia.
- **Tórax y pulmón:** A la auscultación, murmullo vesicular pasa adecuadamente por ambos hemitórax y sin estertores.
- **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos; a la auscultación, sin soplos audibles.
- **Abdomen:** Blando y depresible con presencia de ruidos hidroaéreos, doloroso a la palpación en epigastrio y cuadrante superior derecho, signo de Murphy negativo y signo de Mc Burney negativo.
- **Neurológico:** Despierto, colaborador, orientado en tiempo, persona y espacio y escala de Glasgow 15/15.

**Impresión diagnóstica:** Síndrome febril a descartar colecciones pancreáticas infecciosas

#### **Exámenes auxiliares**

- Hemograma con leucocitos de 4 300, neutrófilos segmentados de 2 700.
- Perfil hepático con TGO de 63 U/L, TG de 61 U/L y GGT de 202 U/L.
- PCR cuantitativa de 24mg/dl.
- Ecografía abdominal superior que muestra hepatoesplenomegalia sin lesiones solidas o quísticas, vías biliares conservadas, vesícula biliar parcialmente colapsada con paredes engrosada de 4mm, litiasis vesicular de 5 mm y una colección peri pancreática adyacente a cabeza de páncreas de 15 cc aproximadamente.
- Tomografía espiral multicorte que muestra signos de pancreatitis difusa evolutiva con flemón pancreático y un pseudoquiste en cola de páncreas de 41 mm, no se evidencia necrosis.

#### **Plan de trabajo**

- Ayuno total
- Cloruro de sodio al 0.9% 1 litro i.v. a 30 gotas por minuto.
- Dextrosa al 5% 1 litro con cloruro de sodio al 20% 2 ampollas y cloruro de potasio al 20% 1 ampolla i.v. a 15 gotas por minuto.
- Omeprazol 40 miligramos i.v. cada 24 horas.
- Meropenem 1 gramo i.v. cada 8 horas.
- Ketoprofeno 100 miligramos condicional a dolor abdominal intenso.
- Metamizol 1 gramo condicional a temperatura mayor o igual de 38 °C.

- Vigilar funciones vitales cada 8 horas.
- Balance hidroelectrolítico cada 8 horas.

### **Caso clínico n.º3**

**Relato:** Paciente varón de 55 años refiere sensación de falta de aire al esfuerzo y al reposo, diaforesis, dolor precordial, mareos y debilidad de miembros inferiores por lo cual acude al servicio de Emergencia.

#### **Antecedentes**

- Refiere antecedente patológico de fibrosis pulmonar en el 2021.
- Sin otros antecedentes de importancia.

#### **Examen físico**

Funciones vitales alteradas con una FC: 65 lpm, FR: 30 rpm, PA: 83/47 mmHg, temperatura de 36.5 °C y peso de 59 kilogramos.

- **Estado general:** Paciente en decúbito supino, regular estado general.
- **Piel y faneras:** Poco tibia, laxa, turgente, mucosas semi secas, llenado capilar menor de 2 segundos.
- **Tórax y pulmón:** A la auscultación, murmullo vesicular pasa adecuadamente por ambos hemitórax y sin estertores.
- **Cardiovascular:** Ruidos cardíacos disminuidos, sin soplos audibles sin dolor a la digitopresión.
- **Abdomen:** Blando y depresible, presencia de ruidos hidroaéreos, sin dolor a la palpación superficial o profunda.
- **Neurológico:** Lúcido, colaborador, escala de Glasgow: 15/15, colaborador.

#### **Impresión diagnóstica**

- Insuficiencia respiratoria aguda tipo I.
- Insuficiencia cardíaca aguda.

#### **Exámenes auxiliares**

- Hemograma con leucocitos de 14 300, segmentados de 11 150.
- Electrocardiograma que muestra ritmo sinusal normal e hipertrofia de ventrículo izquierdo.
- Ecocardiograma con dilatación severa de aurícula izquierda, remodelado excéntrico del ventrículo izquierdo, insuficiencia mitral leve y función sistólica del ventrículo izquierdo deprimida con FEVI 35%.

## **Plan de trabajo**

- Ayuno total.
- Ácido acetilsalicílico 100 miligramos vía oral cada 24 horas.
- Clopidrogel 75 miligramos vía oral cada 24 horas.
- Enoxaparina 80 miligramos vía subcutánea cada 12 horas.
- Vigilancia de funciones vitales cada 8 horas.
- Balance hidroelectrolítico estricto.

## **Caso clínico n.º4**

**Relato:** Paciente varón de 75 años que ingresa al servicio de Emergencia refiriendo que desde hace 2 semanas presenta deposiciones líquidas de 2 cámaras diarias de aproximadamente 200 mililitros sin moco o sangre, náuseas y vómitos. 2 días antes del ingreso refiere disuria, dificultad para miccionar y sensación de alza térmica. Paciente cursa con pérdida de 20 kilos en los últimos 3 meses.

**Antecedentes:** Sin antecedentes de importancia.

## **Examen físico**

Funciones vitales estables con una FC: 90 lpm, FR: 18 rpm, temperatura de 38 °C y peso de 55 kilogramos.

- **Estado general:** Mal estado general, mal estado de hidratación.
- **Piel y faneras:** Poco elástica, mucosas semi secas, llenado capilar menor de 2 segundos y palidez marcada.
- **Tórax y pulmón:** A la auscultación, murmullo vesicular pasa adecuadamente por ambos hemitórax y sin estertores.
- **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos; a la auscultación, no soplos audibles.
- **Abdomen:** Blando y depresible, con presencia de ruidos hidroaéreos, no doloroso a la palpación profunda o superficial y se palpa globo vesical en hipogastrio.
- **Genitourinario:** Puño percusión lumbar positivo.
- **Neurológico:** Despierto, poco colaborador, escala de Glasgow 13/15, no signos de focalización.

## **Impresión diagnóstica**

- Infección de tracto urinario complicada.

- Anemia severa normocítica normocrómica.
- Azoemia debido a injuria renal aguda versus enfermedad renal crónica.
- Descartar hiperplasia benigna de próstata versus neoplasia maligna.
- Síndrome consuntivo.
- Adulto mayor frágil.
- Desnutrición calórica y proteica.
- Deshidratación moderada.

### **Exámenes auxiliares**

- Hemograma con leucocitos de 8 400, hemoglobina de 3.6 g/dl, plaquetas de 721 000, neutrófilos segmentados de 7 220, glucosa de 77 mg/dl, creatinina de 18.47 mg/dl y urea de 164 mg/dl.
- Examen de orina con leucocitos aislados de 40 a 50 por campo, hematíes con más de 100 por campo.
- Ecografía renal muestra hidronefrosis severa bilateral asociado a nefromegalia derecha.
- Ecografía vesical donde se observa sedimento urinario y coágulos vesicales.
- Ecografía prostática con presencia de hiperplasia prostática grado II.

### **Plan de trabajo**

- Dieta blanda de 8 000 kilocalorías y líquidos a voluntad.
- Cloruro de sodio al 0.9 % 1 litro i.v. a 15 gotas por minuto.
- Ceftriaxona 2 gramos i.v. cada 24 horas.
- Ranitidina 50 miligramos i.v. cada 24 horas.
- Metamizol 1 gramo i.v. condicional a una temperatura mayor de 38°C.
- Colocación de sonda Foley.
- Transfusión de 2 paquetes globulares.
- Evaluación por Nefrología, Urología, Nutrición y Oncología.
- Se solicita exámenes de laboratorio como PSA libre y total, marcadores tumorales y test de Thévenon.

## **CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA**

El Hospital Nacional Sergio E. Bernales está ubicado en av. Túpac Amaru n.º8000 en el distrito de Comas, provincia de Lima, departamento de Lima. Fundado en el año 1939, inicialmente conocido como el Hospital del Niño de Collique que se inauguró el 15 de agosto de 1940 con capacidad para 100 camas que fueron ocupadas inicialmente por niños con tuberculosis para posterior a ello, mediante la Resolución Ministerial n.º214-84-SA cambia su nombre a Hospital Nacional Sergio E Bernales (7).

Este establecimiento de salud de categoría III-1, atiende cada año a aproximadamente 176, 201 personas siendo los distritos de Carabaylo, Comas e Independencia su afluencia directa mientras que los pobladores de los distritos de Lima Región como Huaral y Canta representan su afluencia indirecta. La estadística del hospital muestra que el 51% de las personas atendidas son de sexo femenino y la edad promedio de las personas que acuden al nosocomio es de 33 años (5), esta población puede acceder a los servicios de cuidado integral, tratamiento y rehabilitación en las diversas especialidades médico-quirúrgicas que se brinda como Anestesiología, Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Geriátrica, Hematología, Infectología, Nefrología, Neonatología, Neumología, Neurocirugía, Neurología, Nutrición, Odontología, Oncología, Otorrinolaringología, Psiquiatría, Reumatología, Traumatología, Urología, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia que se distribuyen en las diferentes áreas de Emergencia, pabellones de Hospitalización y Consultorios Externos.

El Hospital Sergio E. Bernales tiene como fin el garantizar la atención de salud de manera integral y especializada, asimismo, busca mejorar el acceso a la atención de los usuarios de salud sin considerar alguna condición económica o limitante social, a pesar de ello sigue teniendo cierto nivel de limitación resolutoria para patologías de alta complejidad, como en áreas de Oncología,

Neurocirugía, Medicina Interna entre otras especialidades debido a falta de estudios de laboratorio específicos y equipos médicos necesarios para resolver definitivamente múltiples diagnósticos o terapéutica, es por ello que se doblan esfuerzos en la formación del personal de salud para mejorar las capacidades del hospital y la maximización del recurso humano.

## **CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL**

### **3.1 Rotación en Cirugía General**

En el caso clínico n.º3 se aborda la patología de apendicitis aguda la cual es considerada como la más frecuente dentro del servicio de Cirugía del Hospital Nacional Sergio E Bernales con un aproximado de 460 pacientes atendidos anualmente que fueron intervenidos de emergencia (5).

Esta patología es considerada como la intervención quirúrgica no electiva más frecuente a nivel mundial con una incidencia de 6% y 8% en mujeres y hombres respectivamente (8,9) con un pico de prevalencia en la segunda y tercera década de vida (10) la cual se clasifica en dos grandes grupos siendo estos la forma perforada y no perforada (11). El diagnóstico se basa en los antecedentes, anamnesis, examen físico y exámenes de laboratorio siendo los signos y síntomas clínicos como el dolor abdominal en fosa iliaca derecha, rigidez abdominal y el dolor irradiado a región periumbilical los más específicos en los adultos mientras que en los niños, los signos del psoas, del obturador y de Rovsing son más confiables para el diagnóstico de manera clínica (8). El score de Alvarado (12) es considerada como una de las herramientas más útiles para el correcto diagnóstico, este score evalúa 8 ítems donde el máximo puntaje es de 10 puntos el cual predice con precisión esta patología ya que es un estudio de alta sensibilidad, aproximadamente del 89% (11,13).

Dentro de los exámenes de laboratorio, se encuentra la elevación de leucocitos como un marcador inflamatorio pero estos se deben relacionar a la clínica o estudios por imágenes sugestivos ya que se ha reportado que hasta en un 20% de casos no se presenta leucocitosis en los pacientes con apendicitis aguda (8). Otra herramienta diagnóstica importante es el uso de estudios por imágenes como la ecografía que es utilizada en la evaluación inicial la cual cuenta con una especificidad del 90% y sensibilidad del 85% (10) además de la tomografía computarizada y la resonancia magnética que son ampliamente utilizados por su alta especificidad y sensibilidad de aproximadamente el 100% (11). El tratamiento definitivo es la apendicectomía

ya sea por cirugía abierta o laparoscópica siendo esta última asociada a menor dolor post operatorio y menos días de hospitalización para el paciente (14). Las complicaciones más comunes post operatorias son la infección de sitio operatorio, absceso intraabdominal, eventraciones y la obstrucción intestinal (9).

En el caso clínico expuesto, la paciente fue diagnóstica oportunamente y de esta forma se garantizó que acceda a un tratamiento oportuno para evitar futuras complicaciones durante la operación asociadas a un diagnóstico tardío. La paciente fue dada de alta 3 días después de la intervención quirúrgica sin complicaciones post operatorias registradas.

### **3.2 Rotación en Pediatría**

En el caso clínico n.º3 se aborda la patología de diarrea aguda infecciosa la cual es la segunda enfermedad más frecuente en el servicio de Pediatría dentro del Hospital Nacional Sergio E Bernales con un aproximado de 75 pacientes atendidos anualmente los cuales ingresan por emergencia pediátrica (5).

La diarrea aguda infecciosa (DAI) se define como una disminución de la consistencia de las heces y el aumento del número de las deposiciones mayor a tres oportunidades al día durante más de tres días y menos de 14 días que puede ser acompañada o no de síntomas adicionales como fiebre, náuseas o vómitos (15–17). En el Perú y a nivel mundial, el rotavirus es el agente causal más frecuente (15,16,18), además, se considera que esta patología es un importante problema de salud pública ya que representa la causa de muerte de aproximadamente medio millón de niños menores de 5 años a nivel mundial con una alta prevalencia en países subdesarrollados y en zonas rurales (19) que con mayor frecuencia no disponen de los servicios básicos necesarios para la prevención o tratamiento oportuno.

Los síntomas presentes dentro de un cuadro agudo son la diarrea, náuseas, vómitos, dolor abdominal, meteorismo, pujo, tenesmo, fiebre, decaimiento, y



signos de deshidratación los cuales representan la mayor causa directa de mortalidad en este grupo etario (18).

La clasificación de esta patología es según el nivel de deshidratación al momento del examen físico con el objetivo de tratar oportunamente cuadros de deshidratación que podrían poner en peligro la vida de estas personas. Los grados de deshidratación se dividen en leve, moderado y severo, siendo los signos clínicos sugerentes a la deshidratación la presencia de mucosa oral seca, signo de pliegue, llenado capilar lento, ojos hundidos o trastorno de conciencia (15).

La Organización Mundial de la Salud recomienda como parte del tratamiento y la deshidratación consecuente, reposición de líquidos y electrolitos con las sales de rehidratación oral, una alimentación continua y la correcta hidratación, asimismo se recomienda el suplemento con Zinc que ha demostrado acortar la duración y gravedad del proceso infeccioso (16,17). Nuevos estudios indican que los suplementos con probióticos, como el *Saccharomyces boulardii* y *Bacillus clausii*, se consideran beneficiosos en el tratamiento ya que disminuye el tiempo de duración y la frecuencia de las deposiciones (16,20).

En el caso clínico presentado, se describe el abordaje de un paciente pediátrico con diarrea aguda infecciosa y signos de deshidratación por lo cual, frente a esta patología, se brinda un tratamiento según las bases de las guías clínicas de Perú además de la administración de suplementos recomendados basados en evidencia, el paciente fue dado de alta después de 2 días de hospitalización sin ninguna otra complicación.

### **3.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia**

En el caso clínico n.º2 se aborda a una paciente gestante la cual es intervenida quirúrgicamente de emergencia para realizar una cesárea debido a la presentación de preeclampsia con criterios de severidad. El parto por cesárea es el principal procedimiento practicado en el servicio de Ginecología y

Obstetricia atendiendo a aproximadamente 1600 gestantes anualmente que son atendidas para esta intervención (5).

Los estados hipertensivos en el embarazo constituyen un problema importante de salud pública, representando el 26% de las muertes maternas en los países de Latinoamérica (21). En el Perú, se considera la segunda causa de muerte materna (22) por lo cual es de vital importancia consolidar los conocimientos desde pregrado sobre la clínica, el diagnóstico y tratamiento adecuando ante esta situación.

La preeclampsia es definida como el aumento de la presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg después de la semana 20 de gestación que puede ser acompañada o no de proteinuria o de disfunción de algún órgano blanco (22,23). Los factores de riesgo más relevantes son la preeclampsia anterior gestación múltiple, diabetes mellitus e hipertensión arterial. La clasificación de esta patología es según la presencia o no de criterios de severidad como el aumento de presión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg y la evidencia de daño de renal, neurológico, hematológico, hepático, pulmonar o disfunción útero placentaria (21). El tratamiento definitivo durante la emergencia es el término de la gestación asociado al control de la presión arterial, monitoreo materno fetal estricto además de la administración de sulfato de magnesio como medicamento profiláctico (21,22).

En el caso clínico expuesto, la paciente ingresa a la emergencia con síntomas premonitorios y la presión arterial elevada por lo cual se decide solicitar exámenes de laboratorio para confirmar el diagnóstico presuntivo con el fin de enfocar el tratamiento según las necesidades del paciente. La paciente ingresó a sala de operaciones donde se realizó una cesárea de emergencia, luego es trasladada a la unidad de hospitalización de vigilancia materna donde se le brinda el cuidado y monitoreo necesario. La paciente fue dada de alta 3 días después de la operación luego del monitoreo necesario.

### **3.4 Rotación en Medicina Interna**

En el caso n.º2 se aborda la patología de infección de vías urinarias la cual es la segunda patología con más prevalencia en el servicio de hospitalización de Medicina Interna con un total de 50 personas atendidas anualmente (5).

La infección de las vías urinarias es considerada como una de las patologías de origen bacteriano más frecuentes a nivel mundial siendo la bacteria *Escherichia coli* la más aislada en estos pacientes. El grupo etaria que con mayor frecuencia padece este cuadro infeccioso es la población pediátrica, geriátrica y gestantes; en la población geriátrica, es considerada como la segunda causa más frecuente de patologías infecciosas abarcando aproximadamente al 25% (24).

Se clasifica según la ubicación de la infección abarcando desde la cistitis, pielonefritis, y bacteriuria(25) teniendo como síntomas clínicos la disuria, polaquiuria, hematuria, nicturia y dolor suprapúbico que podrían acompañarse de síntomas generales o no (24,26). El tratamiento por seguir dependerá de la presencia de síntomas; en el caso de la bacteriuria asintomática no se recomienda el uso de antibióticos ya que aumenta el riesgo de aumentar la resistencia a los antibióticos. Los pacientes que presentan síntomas siguen un tratamiento de 7 días recomendablemente (24,27).

En el caso clínico expuesto se pudo aplicar los conocimientos adquiridos durante la rotación en el servicio de Medicina Interna donde se le brindó al paciente la atención según los protocolos de manejo con el fin de brindarle un tratamiento acertado, el paciente fue dado de alta luego de 15 días en hospitalización.

## **CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

El internado médico inició el 1 de abril del 2023 y finalizó el 31 de enero del 2024 con una duración total de 10 meses donde tuvimos la oportunidad de observar la transición de los problemas generados por la pandemia mundial hasta el anuncio del fin de esta. Este cambio de contexto produjo variaciones en la casuística dentro del hospital con respecto a los años anteriores permitiendo que los alumnos de pregrado de último año puedan adquirir un mayor conocimiento de patologías diversas.

Durante este periodo de aprendizaje, se desarrolla una relación directa con los pacientes, esto tiene como objetivo afianzar y resaltar la importancia de una buena relación médico-paciente mediante el desarrollo de habilidades blandas necesarias para un buen desempeño de la profesión médica. Además, se adquieren las competencias teórico-prácticas fundamentales durante las rotaciones en las especialidades y subespecialidades que brinda el Hospital Sergio E. Bernales.

Durante el desarrollo del internado médico, nos enfrentamos a diferentes dificultades como los problemas administrativos sobre los turnos asignados hacia los alumnos siendo estos más de 150 horas mensuales. Además, se presentaron casos de maltrato verbal y psicológico en reiteradas oportunidades debido a que el personal asistencial aún conserva una visión distorsionada de las funciones del interno. Asimismo, existen algunos miembros del personal médico que no cumplen la función docente mediante el desarrollo de actividades académicas lo cual dificulta la adquisición de nuevos conocimientos condicionando que el estudiante tenga que aprenderlos de manera autodidacta.

Otro problema que estos autores enfrentaron fue la falta de personal de salud durante los turnos hospitalarios y la precariedad de los equipos médicos lo cual dificulta y sobrecarga de responsabilidades al estudiante además de limitar una atención rápida y eficiente para los pacientes.

Pese a las dificultades señaladas previamente, además de la reducida cantidad de tiempo por cada rotación con respecto a promociones anteriores, los alumnos de pregrado tuvimos la oportunidad de trabajar con muchos profesionales de alto nivel que nos brindaron la oportunidad de adquirir los conocimientos necesarios en todo profesional médico, es por ello que agradecemos profundamente cada una de sus enseñanzas y la experiencia adquirida durante el breve periodo de tiempo que pudimos compartir en el espacio de trabajo dentro de la institución.

## CONCLUSIONES

1. El internado médico se considera como la etapa más importante dentro de la formación del médico peruano ya que este periodo de tiempo nos enseña a aplicar nuestros conocimientos teóricos y adquirir la destreza práctica necesaria para ejercer la profesión médica.
2. Es importante destacar que aún hay falencias en la organización del internado y en ciertos casos una pérdida del objetivo docente del mismo, lo cual debe mejorar con ayuda de las autoridades universitarias y de los centros de salud donde se realizan estas prácticas preprofesionales.
3. A pesar de ciertas actitudes negativas por parte de algunas autoridades y trabajadores del hospital hacia la figura del interno, y la corta duración del internado con respecto a otras promociones es seguro decir que se ha cumplido con los objetivos pedagógicos trazados al inicio del año además de obtener una visión de la realidad nacional y el estado actual de la salud pública en nuestro país.
4. Estos autores consideran que el Hospital Nacional Sergio E. Bernaldes cumple a cabalidad con la preparación de nuevos profesionales de salud y ha significado el inicio de una experiencia médica real y fundamental para nuestra formación como médicos generales.

## RECOMENDACIONES

1. El internado médico es la piedra angular en la formación del profesional médico, por tanto, es importante recuperar la duración de 1 año, y con ello ampliar los conocimientos teórico-prácticos adquiridos en esta etapa.
2. Se recomienda la creación de protocolos de atención dentro de la emergencia del hospital para garantizar un manejo oportuno, rápido y de alta calidad
3. Definir un esquema unificado de actividades académicas para mejorar el actual manejo brindado al usuario de salud, esto mejoraría los estándares de calidad en la formación del profesional de salud.
4. Capacitaciones previas al ingreso al internado para mejorar la calidad de atención al paciente durante el desarrollo de este.
5. Promocionar la investigación científica por parte de los alumnos en conjunto de sus tutores, en las diferentes rotaciones durante el desarrollo del internado.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Directiva Administrativa n.º 33J-MINSA/DIGEP-2022 [Internet]. [citado 29 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3103770/Directiva%20Administrativa.pdf.pdf?v=1652720090>
2. Ramírez Huaranga MA. Expectativas de los internos de medicina humana de 5 hospitales generales de Lima y Callao acerca de su ejercicio profesional y su inclinación por la atención primaria de salud : Lima-2006. Univ Nac Mayor San Marcos [Internet]. 2008 [citado 29 de febrero de 2024]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/3048>
3. Accinelli RA, Zhang Xu CM, Ju Wang JD, Yachachin-Chávez JM, Cáceres-Pizarro JA, Tafur-Bances KB, et al. COVID-19: la pandemia por el nuevo virus SARS-CoV-2. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020;37(2):302-11.
4. Resolución Ministerial n.º 351-2022 Minsa-1-2.pdf.pdf [Internet]. [citado 29 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3103198/RESOLUCION%20MINISTERIAL%20N%C2%BA%20351-2022%20MINSA-1-2.pdf.pdf?v=1652720090>
5. Análisis Situacional de Salud del Hospital Nacional Sergio E Bernales-2022- Oficina de Epidemiología y Salud ambiental [Internet]. Hospital Nacional Sergio E. Bernales - Portal Institucional. [citado 29 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://portal.hnseb.gob.pe/epidemiologia/asis/>
6. Ministerio de Salud. Muerte Materna en el Perú [Internet]. CDC MINSA. [citado 29 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/vigilancia-epidemiologica/muerte-materna/>
7. Reseña histórica del Hospital Nacional Sergio E Bernales [Internet]. Hospital Nacional Sergio E. Bernales - Portal Institucional. [citado 29 de



- febrero de 2024]. Disponible en: <https://portal.hnseb.gob.pe/resena-historica/>
8. Snyder MJ, Guthrie M, Cagle S. Acute Appendicitis: Efficient Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 1 de julio de 2018;98(1):25-33.
  9. Catal O, Ozer B, Sit M, Erkol H. ¿Es la apendectomía un procedimiento quirúrgico simple? *Cir Cir [Internet]*. 2021 [citado 29 de febrero de 2024];89(3). Disponible en: [https://cirugiaycirujanos.com/frame\\_esp.php?id=479](https://cirugiaycirujanos.com/frame_esp.php?id=479)
  10. Benedetto G, Ferrer Puchol MD, Llavata Solaz A. Sospecha de apendicitis aguda en adultos. El valor de la ecografía en nuestro hospital. *Radiología*. enero de 2019;61(1):51-9.
  11. Martín del Olmo JC, Concejo-Cutoli P, Vaquero-Puerta C, López-Mestanza C, Gómez-López JR. Clinical prediction rules in acute appendicitis: which combination of variables is more effective at predicting? *Cir Cir*. 1 de diciembre de 2022;90(92):042-9.
  12. Ohle R, O'Reilly F, O'Brien KK, Fahey T, Dimitrov BD. The Alvarado score for predicting acute appendicitis: a systematic review. *BMC Med*. 28 de diciembre de 2011;9:139.
  13. Meléndez Flores JE, Cosio Dueñas H, Sarmiento Herrera WS. Sensibilidad y especificidad de la Escala de Alvarado en el diagnóstico de pacientes atendidos por apendicitis aguda en Hospitales del Cusco. *Horiz Méd Lima*. enero de 2019;19(1):13-8.
  14. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World J Emerg Surg*. 15 de abril de 2020;15(1):27.
  15. Gonzales S. C, Bada M. C, Rojas G. R, Bernaola A. G, Chávez B. C. Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la diarrea

- aguda infecciosa en pediatría Perú - 2011. Rev Gastroenterol Perú. julio de 2011;31(3):258-77.
16. Pérez C. Probiotics for the treating acute diarrhea and preventing antibiotic-associated diarrhea in children. Nutr Hosp. 7 de febrero de 2015;31 Suppl 1:64-7.
  17. Guarino A, Lo Vecchio A, Dias JA, Berkley JA, Boey C, Bruzzese D, et al. Universal Recommendations for the Management of Acute Diarrhea in Nonmalnourished Children. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2018;67(5):586-93.
  18. Guías de Práctica Clínicas | Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja. Guía práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda infecciosa en el paciente pediátrico [Internet]. [citado 29 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://portal.insnsb.gob.pe/guias-de-practica-clinicas/>
  19. World Health Organization. Diarrhoeal disease [Internet]. [citado 29 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
  20. Ianiro G, Rizzatti G, Plomer M, Lopetuso L, Scaldaferri F, Franceschi F, et al. Bacillus clausii for the Treatment of Acute Diarrhea in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Nutrients. agosto de 2018;10(8):1074.
  21. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. Obstet Gynecol. junio de 2020;135(6):e237.
  22. Instituto Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perineonatología 2023 [Internet]. [citado 1 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033?pagina=0>

23. Ives CW, Sinkey R, Rajapreyar I, Tita ATN, Oparil S. Preeclampsia-Pathophysiology and Clinical Presentations: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol*. 6 de octubre de 2020;76(14):1690-702.
24. Nicolle LE. Urinary Tract Infections in the Older Adult. *Clin Geriatr Med*. 1 de agosto de 2016;32(3):523-38.
25. Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs. *Am J Med*. 8 de julio de 2002;113(1):5-13.
26. Geerlings SE. Clinical Presentations and Epidemiology of Urinary Tract Infections. *Microbiol Spectr*. 9 de septiembre de 2016;4(5):10.1128/microbiolspec.uti-0002-2012.
27. Choi JB, Min SK. Complicated urinary tract infection in patients with benign prostatic hyperplasia. *J Infect Chemother*. 1 de septiembre de 2021;27(9):1284-7.