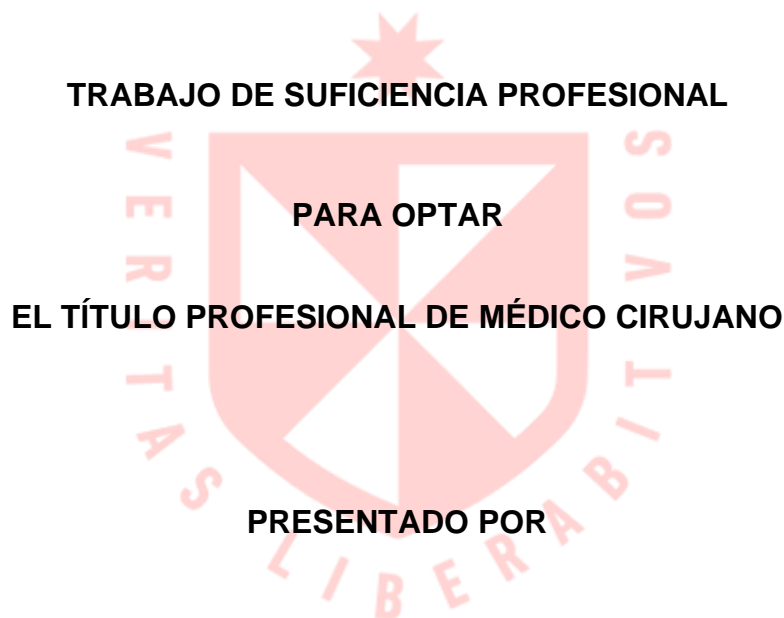


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DE INTERNADO
MÉDICO EN EL HOSPITAL ESSALUD EDGARDO REBAGLIATI
MARTINS LIMA 2023**



JORGE DIEGO GALVEZ FLORES

ASESOR

JORGE LUIS SOLARI YOKOTA

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**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DE INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL ESSALUD EDGARDO REBAGLIATI MARTINS LIMA 2023**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

**PRESENTADO POR
JORGE DIEGO GALVEZ FLORES**

**ASESOR
Dr. JORGE LUIS SOLARI YOKOTA**

LIMA - PERÚ

2024

JURADO

Presidente: EMMA MERCEDES HUAMANI DE LA CRUZ

Miembro: SANDRO YANICK CANO GAMARRA

Miembro: JEFFREE TOVAR ROCA

DEDICATORIA

Le agradezco primeramente a mis padres los cuales fueron los responsables de poder darme la oportunidad de postular a esta hermosa carrera e incentivándome a seguir adelante en los momentos más difíciles que tuve durante estos 7 años

Sin olvidar a mis maestros en la carrera que me ayudaron a comprender que no todo en la vida es ser el mejor o tener la más alta notas si no con lo poco que se aprenda lo apliques y puedas dominarlo de forma que tú mismo puedas comenzar a dar tus propios pasos en el aprendizaje

ÍNDICE

ÍNDICE	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	8
1.1 Departamento de Cirugía General.	8
1.2 Departamento de Gineco-Obstetricia	10
1.3 Departamento de Pediatría.	13
1.4 Departamento de Medicina Interna.	15
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLA LA EXPERIENCIA MÉDICA DE FORMACIÓN	17
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	19
1.1 Departamento de Cirugía General.	19
1.2 Departamento de Gineco-Obstetricia	21
1.3 Departamento de Pediatría	23
1.4 Departamento de Medicina Interna	26
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	27
CONCLUSIONES	29
RECOMENDACIONES	31
FUENTES DE INFORMACIÓN	32

RESUMEN

El presente trabajo describe 8 casos clínicos observados durante el internado médico en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins de Lima en el año 2023. Los casos abarcan cuatro departamentos: cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría y medicina interna. Se presentan 8 casos seleccionados por su importancia en la práctica médica. Para cada caso, se expone la sintomatología, el examen clínico, razonamiento clínico, tratamiento e intervenciones aplicadas y su evolución o desenlace. La finalidad es ofrecer un recuento de estas experiencias educativas que beneficiarán la formación de internos y médicos en etapas iniciales. Se enfatiza la fusión del conocimiento teórico y las destrezas prácticas adquiridas a través de la supervisión. A pesar de los obstáculos iniciales en la adaptación, se evidenció una evolución en la capacidad para realizar una buena historia clínica y diagnosticar, diseñar un tratamiento y hacer seguimiento de condiciones médicas complejas.

Palabras clave: Diagnóstico, Internado médico, cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna

ABSTRACT

This paper describes 12 clinical cases observed during the medical internship at the Edgardo Rebagliati Martins Hospital in Lima in the year 2023. The cases cover four departments: general surgery, gynecology-obstetrics, pediatrics, and internal medicine. 12 cases have been selected for their significance in medical practice. For each case, it presents the symptoms, clinical analysis, interventions applied, and their outcomes. The purpose is to provide an account of these educational experiences that will benefit the training of early-stage doctors. Emphasis is placed on the integration of theoretical knowledge and practical skills acquired through supervision. Despite initial challenges in adaptation, there was evidence of an evolution in the ability to diagnose, treat, and follow up on complex medical conditions.

Keywords: Diagnosis, Medical internship, General surgery, Gynecology-obstetrics, Pediatrics, Internal medicine..

NOMBRE DEL TRABAJO	AUTOR
TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DE INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL ESSALUD EDGARDO REBAGLIATI MA R	JORGE DIEGO GALVEZ FLORES,

RECuento DE PALABRAS	RECuento DE CARACTERES
7789 Words	45548 Characters

RECuento DE PÁGINAS	TAMAÑO DEL ARCHIVO
37 Pages	247.2KB

FECHA DE ENTREGA	FECHA DEL INFORME
Feb 20, 2024 11:08 AM GMT-5	Feb 20, 2024 11:09 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~~
- 7% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de ~~Crossref~~

● Excluir del Reporte de Similitud

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



Dr. Jorge Luis Solari Yokota
DNI: 08730549
<https://orcid.org/0000-0003-1472-6630>

Dr. Jorge Luis Solari Yokota

DNI: 08730549

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1472-6630>

INTRODUCCIÓN

En la dinámica contemporánea de la medicina, la adquisición de conocimientos no solo se limita únicamente a la teoría, siendo imperativo adentrarse en el mundo real de la atención clínica, donde se afrontan y gestionan desafíos complejos en el ámbito hospitalario. En este marco, el internado médico se caracteriza por ser una experiencia práctica donde el estudiante refina sus habilidades en un contexto hospitalario (1). Así, bajo la supervisión de médicos especialistas, los internos de medicina adquieren habilidades intermedias y asumen progresivamente mayores responsabilidades bajo supervisión debido a la interacción directa con los pacientes (2).

Por ello, el presente trabajo de suficiencia se basa en la experiencia de internado médico realizado en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins durante el año 2023. La selección de este asunto es deliberada y apunta a examinar el paso del estudiante a médico en un ambiente multifacético y formador. Precisamente, este reconocido hospital público permite a los internos enfrentar muchos casos y patologías propias de un centro de referencia nacional.

Sobre este punto, la literatura ha reportado aportes que documentan experiencias formativas similares, como el estudio de Gloria (2021) (3) quien exploró las competencias adquiridas en este ambiente educativo en una clínica privada, o el aporte de Toledo (2022) que analizó el desempeño clínico en internos de un hospital nacional (4). Aunado a ello, trabajos el de Zhao et al (5), refieren que esta fase les permite transitar desde ambientes educativos a escenarios clínicos reales, asumiendo responsabilidades bajo supervisión, enfrentando presiones como largas jornadas, y la necesidad de un aprendizaje constante.

Por ejemplo, Apaza et al (2021) indican que, los estudiantes de último año de medicina en Perú muestran en su mayoría un nivel medio y alto de comprensión de la interpretación de electrocardiogramas luego del periodo del internado, asumiéndose que en esta etapa formativa se logran competencias en este campo por la práctica real con pacientes (6). De otro lado, Carlsson et al. (2023) reseñan que el internado de medicina garantiza un nivel mínimo de competencias

proporcionando nuevas perspectivas a los estudiantes sobre sí mismos y su entorno clínico (7). Sin embargo, se requieren más investigaciones desde la perspectiva y vivencia misma de los internos de medicina (8).

Siguiendo esta línea, el contenido del presente informe se ha organizado en cuatro capítulos. Se inicia con un repaso exhaustivo por los distintos servicios hospitalarios, seguido de un capítulo que describe el ambiente en el que se gestó la experiencia. A continuación, se presenta un tercer capítulo que evalúa la puesta en práctica de los conocimientos teóricos, culminando con un capítulo de análisis reflexivo del internado en su totalidad.

La relevancia de este informe se basa en la necesidad de compartir y reflexionar sobre los casos más resaltantes y las vivencias médicas acontecidas en dicho lapso, las cuales servirán como un insumo para futuros internos, educadores y aquellos interesados en una formación médica de vanguardia en Perú. Específicamente, el presente trabajo tiene como objetivo describir 8 casos clínicos que se observaron en el internado médico realizado en el Hospital Edgardo Rebagliati Martíns durante el año 2023. El presente trabajo de suficiencia se limita a la experiencia de internado durante el año 2023, abarcando las rotaciones por los departamentos de cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría y medicina interna.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Departamento de Cirugía General.

1.1.1 Caso clínico 1.

Paciente femenina de 16 años, originaria de Lima, fue diagnosticada a la edad de 14 años con un tumor pseudopapilar de páncreas o Tumor de Frank en el Hospital Sabogal. Posterior a este diagnóstico, fue referida al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM). En esta institución, se identificaron múltiples nódulos hepáticos, por lo cual se decidió realizar una hepatectomía izquierda con colectomías y realizando una derivación biliodigestiva para asegurar la correcta secreción y flujo de la bilis desde el hacia el intestino mes año 2022 en el HNERM.

En enero de 2023, a un año de la operación, la paciente empezó a manifestar síntomas, entre los que se incluían prurito, ictericia y fiebre. Estos síntomas son sugestivos de una posible complicación o enfermedad del tracto biliar. Al acudir a la sala de emergencias, se diagnosticó colangitis, que es una infección del conducto biliar, probablemente desencadenada por una obstrucción en la derivación biliodigestiva previamente colocada.

Dada la seriedad de la colangitis, la paciente fue tratada con antibióticos y, posteriormente, se programó para una corrección quirúrgica, específicamente una plastia del conducto biliar, que se realizó en marzo. La intervención fue exitosa y la paciente mostró una notable mejoría clínica. Actualmente, la paciente está siendo monitoreada y sigue en controles periódicos en el consultorio externo de cirugía del HNERM, para asegurar que no haya complicaciones futuras y garantizar su bienestar.

El caso resalta la complejidad en el tratamiento de complicaciones que pueden surgir después de la operación, tal como la colangitis en este paciente, lo cual necesitó de tratamientos adicionales y una vigilancia rigurosa.

1.1.2 Caso clínico 2.

Es el caso de un paciente masculino de 72 años, de Ayacucho, que en los últimos seis meses ha manifestado síntomas de hiporexia (disminución del apetito), pérdida de apetito y una notable ictericia. Por la gravedad y persistencia de estos síntomas, se le remitió al HNERM para una evaluación más detallada y ampliación de estudios.

En el HNERM, se realizó una colangiografía, la cual destaca como un método eficaz para el estudio de trastornos biliares y pancreáticos, ofreciendo una opción preferente frente a la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Se caracteriza por ser un procedimiento no invasivo, que prescinde de la necesidad de contraste y evita la exposición a radiación ionizante. Esta prueba reveló la presencia de una masa en el tercio medio del colédoco, que es el conducto biliar principal. Sin embargo, con el objetivo de obtener más información y, si fuera posible, aliviar la obstrucción causada por esta masa, se intentó en dos ocasiones una Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE), procedimiento que utiliza endoscopia y radiografías para visualizar y tratar problemas en los conductos biliares y pancreáticos. Sin embargo, en ambas ocasiones, los intentos resultaron infructuosos.

Ante la dificultad de acceder y evaluar adecuadamente la masa con la CPRE, se convocó a una junta médica para discutir el mejor abordaje clínico y terapéutico para el paciente. La decisión consensuada fue realizar una laparotomía exploratoria (LE) para acceder directamente a la región afectada y tomar una muestra de la masa para biopsia y extirpación del tumor. Los resultados histopatológicos de la biopsia confirmaron el diagnóstico de colangiocarcinoma, un tipo de cáncer que se origina en las células que revisten los conductos biliares dentro y fuera del hígado. Tras el diagnóstico, y tras estabilizarse postoperatoriamente, el paciente fue dado de alta y actualmente está bajo seguimiento regular en el consultorio externo de oncología médica del HNERM, donde se planificarán los siguientes pasos para manejar su enfermedad.

1.2 Departamento de Gineco-Obstetricia

1.2.1 Caso clínico 3.

Se resume el caso de una gestante de 44 años, originaria de Puno, con antecedente de fertilización in vitro (FIV). Durante un control prenatal en una clínica particular de Puno, se identificó embarazo monocorial biamniótico con presencia de Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU) tipo 1 a las 13 semanas de gestación por FUR. Por la complejidad y potenciales complicaciones asociadas con este diagnóstico, la paciente se remitió desde Puno al Hospital de Arequipa para realizar estudios más detallados y determinar el mejor manejo clínico.

En el Hospital de Arequipa, durante la valoración ecográfica se observó la ausencia de líquido amniótico, lo que llevó al diagnóstico adicional de Ruptura Prematura de Membranas (RPM) pretérmino. Dadas las complejidades observadas, se decidió transferir a la paciente al Hospital Edgardo Rebagliati Martins en Lima.

Al llegar al hospital, hospitalizaron a la paciente en el servicio de gineco-obstetricia en medicina materno-fetal 5 A1. El diagnóstico inicial confirmó un embarazo gemelar de 28 semanas de tipo monoamniótico-bicoriónico (Mono-Bi), que conlleva sus propias complicaciones y riesgos, junto con RPM prolongado y RCIU tipo 1 discordante, indicando una discrepancia en el crecimiento entre los gemelos. Dada la RPM y el riesgo aumentado de infección, se inició un ciclo de tratamiento antibiótico con ampicilina y gentamicina, según protocolo médico.

La paciente logró continuar su embarazo hasta las 34 semanas. Por un aumento de los marcadores inflamatorios de infección y la presencia de taquicardia materna y fetal, se sospechó de una posible corioamnionitis, una infección del líquido amniótico y las membranas del feto. Ante esta situación, y considerando el riesgo para la madre y los fetos, se decidió realizar una cesárea de emergencia, en dicha cirugía se evidencia a la recepción de ambos recién nacidos con presencia de distrés respiratoria marcado por lo que tuvieron que pasar a UCI neonatal con recibiendo sistema CPAP y TTO antibiótico con Ampicilina + gentamicina empírico por 1 semana el cual se suspendió con hemocultivos negativos por mejoría clínica son dados de alta de UCI neonatal pasando a alojamiento conjunto. Postoperatoriamente, la paciente permaneció hospitalizada por una semana para

asegurar su estabilidad y monitorizar posibles complicaciones. Tras observar una recuperación adecuada, fue dada de alta con recomendaciones y seguimiento médico.

1.2.2 Caso clínico 4.

Se tiene el caso de una paciente femenina de 40 años, quien bajo tratamiento de fertilización in vitro (FIV) logró un embarazo gemelar. La ecografía realizada durante el primer trimestre (a las 12 semanas de edad gestacional por FUR) confirmó que se trataba de un embarazo monocoriónico-biamniótico. En uno de sus controles prenatales, la paciente fue diagnosticada con síndrome colestásico del embarazo. Esta condición representa un riesgo tanto para la madre como para los fetos, y se corroboró con niveles de ácidos biliares en sangre superiores a 30 mg/dl, lo cual justificó su hospitalización en el servicio 5B de ARO para un monitoreo más estrecho.

Durante su estancia hospitalaria, la paciente experimentó episodios de hipertensión arterial, con presiones superiores a 140/90 mmHg. Aunque no presentó síntomas graves o signos premonitorios de eclampsia, se le diagnosticó preeclampsia, una complicación del embarazo caracterizada por hipertensión arterial, proteinuria, y daño a órganos, a menudo los riñones. La preocupación principal durante su hospitalización fue el aumento progresivo de los ácidos biliares, alcanzando niveles de 60 mg/dl (VN <20 mg/dl). Con la combinación de síndrome colestásico y preeclampsia, y considerando los riesgos asociados para la madre y los fetos, el equipo médico decidió culminar el embarazo a las 35 semanas de gestación.

Realizando cesárea de emergencia a las 35 semanas de embarazo por Alto Riesgo Materno fetal, durante acto operatorio no se presentaron ninguna complicación de parte materna ni de los Recién. Tras un período de observación postoperatoria y asegurándose de que tanto la madre como los gemelos estuvieran estables, la paciente fue dada de alta cinco días después de la intervención, con recomendaciones específicas para su cuidado y seguimiento médico.

1.2.3 Caso clínico 5.

Se introduce el caso de una paciente de 45 años con un embarazo gemelar biamniótico-bicoriónico (BI-BI) de 40 semanas de gestación. Este tipo de embarazo implica que ambos fetos tienen sus propias placentas y sacos amnióticos, cada uno con su propio entorno gestacional separado. Se diagnosticó a la paciente con preeclampsia, una complicación caracterizada por hipertensión durante el

embarazo, aunque inicialmente sin signos de severidad. Por esta razón, se decidió su hospitalización en la unidad para planificar una cesárea electiva.

No obstante, durante su estancia hospitalaria, la paciente comenzó a presentar cifras tensionales significativamente elevadas, superando los 160/90 mmHg, acompañadas de plaquetopenia (disminución del número de plaquetas en la sangre). Dada esta evolución y el potencial riesgo materno-fetal, se tomó la decisión de realizar una cesárea de emergencia.

Durante el procedimiento quirúrgico, se observó que la presión arterial de la paciente alcanzaba picos superiores a 180/100 mmHg, reflejando un agravamiento de su estado. En el postoperatorio inmediato, a las 3-4 horas de la intervención, la paciente comenzó a quejarse de dolor abdominal. Un hemograma de control mostró una reducción significativa de más de 4 g/dl de hemoglobina, indicativo de posible sangrado, y se evidenció hipotensión.

Ante la sospecha de una complicación postoperatoria, se realizó una ecografía abdominal urgente para descartar una dehiscencia de la histerorrafia (apertura de la sutura uterina). La ecografía reveló aproximadamente 1.5 litros de sangre en la cavidad abdominal. Se procedió a realizar una laparotomía exploratoria de emergencia. Durante la cirugía no se encontró dehiscencia en la sutura uterina, pero sí un hematoma hepático gigante que se había roto, lo que explicaba el sangrado. Dada la gravedad y complejidad del hallazgo, se solicitó la intervención del equipo de cirugía general, logrando realizar hemostasia y aplicando un packing hepático para controlar el sangrado.

Tras la intervención, la paciente fue trasladada a la UCI para un manejo intensivo y monitoreo continuo. Aunque su evolución en la UCI fue lenta y estacionaria, mostró mejoría y fue dada de alta a la unidad de hospitalización una semana después. Sin embargo, su estancia en la unidad se prolongó por dos semanas adicionales debido a una infección en el sitio operatorio, que requirió tratamiento y cuidados específicos.

1.3 Departamento de Pediatría.

1.3.1 Caso clínico 6

Paciente Masculino de 9 meses de edad con antecedentes de infecciones del tracto urinario (ITU) recurrentes. Además, presenta colostomía y ureterostomía debido a una malformación anorrectal. En junio, lo hospitalizan tras ir a emergencias con síntomas de decaimiento y episodios repetidos de vómitos. Dada la clínica y sus antecedentes, se decide realizar exámenes auxiliares que evidencian una leucocitosis con desviación izquierda, indicativo de una respuesta inflamatoria aguda, y un examen de orina patológico que muestra una cifra superior a 100 leucocitos, lo cual es sugestivo de una infección activa. Ante estos hallazgos, y con la sospecha clínica de una nueva ITU, se toma una muestra para urocultivo y se inicia de manera empírica tratamiento con ceftriaxona a dosis de 550 mg vía endovenosa cada 24 horas.

Durante su estancia hospitalaria, los resultados del urocultivo confirmaron una infección por *Escherichia coli* productora de beta-lactamasa de espectro extendido (BLEE), una bacteria resistente a múltiples antibióticos, incluyendo la ceftriaxona. Dado este hallazgo, se ajusta el tratamiento a meropenem, un antibiótico al que la cepa bacteriana mostró sensibilidad. El paciente recibe un curso completo de 10 días de tratamiento con meropenem, observando una notable mejoría clínica. Al concluir el tratamiento, y tras confirmar la resolución de la infección, se decide dar de alta al paciente con recomendaciones y seguimiento en consultorio externo.

1.3.2 Caso clínico 7

Se tiene el caso de neonato de una semana de vida es presentado con un antecedente relevante de incompatibilidad sanguínea grupo O/B. Durante los primeros días post-nacimiento, el paciente manifestó una ictericia notable, que se asumió ser consecuencia de la incompatibilidad previamente identificada. A pesar de que la ictericia inicialmente mostró mejoría con fototerapia simple siendo un procedimiento el cual se coloca al recién nacido (RN) bajo luz UV para poder favorecer el metabolismo de los ácidos biliares y facilitando así su eliminación, durante su estancia hospitalaria, sólo se realizaron pruebas de grupo y factor sanguíneo, sin considerar una prueba de Coombs o la toma seriada de bilirrubinas para monitorizar la evolución de la ictericia.

Sin embargo, a las dos semanas de vida, el paciente reingresa al hospital presentando una ictericia aguda y signos de decaimiento. Los exámenes paraclínicos revelaron nivel de bilirrubina superior a 32 mg/dl. Según las herramientas pediátricas de referencia, como el índice de Peditools, este nivel ya había excedido el umbral seguro que para el tiempo de vida del RN el umbral de Fototerapia era de máximo 20 mg/dl por lo que se indicó la necesidad de una exanguinotransfusión.

Ante la gravedad de la situación y la respuesta subóptima a la fototerapia triple, se realiza una exanguinotransfusión para reemplazar la sangre del neonato por sangre compatible y libre de bilirrubina. Después del procedimiento, se logró disminuir los niveles de bilirrubina a 25 mg/dl. No obstante, dada la gravedad inicial y las posibles complicaciones asociadas con niveles elevados de bilirrubinas pese a las medidas tomadas se decide que el paciente permanezca bajo observación en la UCI, a la fecha actual de este informe paciente está por seguimiento del servicio de neurología y rehabilitación pediátricas por Secuelas de diplegia espástica asociadas al cuadro de Kernicterus

1.4 Departamento de Medicina Interna.

1.4.1 Caso clínico 8

Paciente femenina de 44 años con antecedentes médicos relevantes, incluyendo el diagnóstico de Síndrome Antifosfolípido seropositivo y Lupus Eritematoso Sistémico en tratamiento. Con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 4 semanas, la paciente inició con un cuadro clínico caracterizado por dolor en el hipocondrio izquierdo asociado a signos rigidez abdominal (signo de irritación peritoneal). Frente a esta sintomatología, se decide realizar una evaluación ecográfica que revela hallazgos sugerentes de infarto esplénico. Por la gravedad de la situación, se decidió realizar una esplenectomía total en carácter de emergencia.

Posterior a la intervención quirúrgica, la paciente es dada de alta; sin embargo, a los 5 días regresa con síntomas como fiebres elevadas y malestar general. En una nueva evaluación en el servicio de emergencias, se identifica una leucocitosis marcada (más de 20,000 leucocitos) y una proteína C reactiva superior a 30. Se realiza una tomografía axial computarizada (TAC) de urgencia que muestra la presencia de una colección en la zona de la esplenectomía. Esta situación conduce a la administración de antibióticos (inicialmente piperacilina/tazobactam), además de la colocación de un drenaje tipo pigtail. Además, que es un tubo delgado y flexible introducido en la colección para drenar el material acumulado. Este procedimiento ayuda a aliviar la presión, drena el material infeccioso o hemático y permite una mejoría más rápida de la paciente.

A pesar del tratamiento instaurado, la paciente no muestra mejoría, llevando a la rotación de antibióticos a meropenem y vancomicina. Dada la dificultad en el acceso venoso periférico, se decide colocar un catéter venoso central (CVC) en la subclavia, que permanece por 2 semanas. Sin embargo, durante su hospitalización, persiste la leucocitosis, lo que motiva la solicitud de diversos cultivos, entre ellos de sangre, orina y del catéter. Los cultivos del catéter resultan positivos para el hongo *Cándida tropicalis*, lo que impulsa un cambio en el tratamiento a amikacina y fluconazol durante 10 días y posterior retiro del CVC. Finalmente, la paciente es dada de alta con tratamiento oral de ciprofloxacino y con indicaciones de seguimiento ambulatorio.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLA LA EXPERIENCIA MÉDICA DE FORMACIÓN

Situado en Lima, el Hospital Edgardo Rebagliati Martins ostenta un lugar destacado entre las entidades sanitarias más importantes del Perú. Con una trayectoria que abarca más de seis décadas, ha emergido como una pieza clave en la salud pública del país, ofreciendo servicios médicos en múltiples especialidades médicas y quirúrgicas. Posee una infraestructura amplia con una capacidad superior a 1,500 camas y forma parte integral de EsSalud, el organismo que gestiona el seguro de salud en Perú.

La organización interna del hospital se estructura en departamentos y unidades de atención especializada tanto clínicas como quirúrgicas de todas las especialidades y subespecialidades. El hospital también tiene secciones para los cuidados intensivos de distintos grupos de edad, incluyendo adultos, neonatos y niños, y un servicio de urgencias.

En el hospital se brinda atención en consulta y unidades hospitalarias, se realizan intervenciones quirúrgicas, tanto programadas como urgentes, y se realizan investigaciones y formaciones académicas. El nosocomio también juega un papel determinante en la educación de futuros médicos, acogiendo a residentes, internos y estudiantes de medicina.

En este contexto, el proceso de internado se erige como un pilar en la educación médica, fusionando la teoría con la aplicación práctica en un entorno clínico. A lo largo de este ciclo, los internos se adentran en las funciones de los distintos departamentos del hospital, siempre guiados por médicos especialistas y residentes. Entre las experiencias más enriquecedoras se encuentran:

- La interacción directa con pacientes, tanto en consultorio como durante su hospitalización.
- Elaboración de una historia clínica y examen clínico completos
- Capacitación en Razonamiento diagnóstico
- Involucración en las discusiones clínicas y análisis de casos.

- Ejecución de diversos procedimientos médicos, siempre con el respaldo de un supervisor, Estos incluyen atención de partos, toracocentesis, paracentesis, técnicas de suturas y retiros de estos mismo como además también el retiro de drenes como los tubulares.
- Colaboración en intervenciones quirúrgicas, programadas o de emergencia.
- Asistencia a charlas y talleres formativos y de actualización.
- Trabajo conjunto con equipos interdisciplinarios en casos de alta complejidad.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

1.1 Departamento de Cirugía General.

1.1.1 Caso clínico 1.

En el caso de la paciente joven con **múltiples nódulos hepáticos**, la hepatectomía izquierda fue esencial para eliminar la porción afectada del hígado que presentaba nódulos hepáticos. Este procedimiento es una medida decisiva para controlar el avance de enfermedades hepáticas malignas o benignas y prevenir la diseminación de la enfermedad. En efecto, implica la extirpación de la parte del hígado que recibe sangre a través del pedículo portal izquierdo. Esta área está demarcada por la fisura portal principal que recorre desde el centro del área donde se encuentra la vesícula biliar hasta la parte frontal izquierda de la vena cava inferior (9).

Por su parte, la **derivación biliar** es un procedimiento, en el cual se establece una conexión entre la vesícula biliar o un segmento de un conducto biliar antes de la obstrucción con una parte del conducto biliar que se encuentra después de la obstrucción, o incluso se puede conectar directamente con el intestino delgado (10). Este procedimiento previno complicaciones adicionales que podrían surgir de la acumulación de bilis y facilitó la digestión y absorción de grasas y vitaminas liposolubles.

Cuando la paciente desarrolló síntomas de colangitis, que indicaban una posible obstrucción de la derivación, la plastia del conducto biliar se volvió necesaria. Esta reparación quirúrgica del conducto biliar permitió restablecer el flujo normal de bilis y resolver la infección, lo cual fue confirmado por la mejora clínica de la paciente después de la cirugía (11)(12)

Por tanto, el reconocimiento temprano y el tratamiento de la colangitis aguda fueron cruciales. La colangitis aguda, es una condición crítica que puede poner en riesgo la vida debido a una infección bacteriana que se propaga a lo largo del sistema biliar (13). Los síntomas de la paciente, junto con su historial de cirugía biliar, sugirieron fuertemente esta complicación. El tratamiento oportuno con antibióticos y la subsecuente corrección quirúrgica de la obstrucción fueron determinantes para

evitar la progresión a una infección más grave o sepsis biliar, que podría haber sido potencialmente mortal (11)

1.1.2 Caso clínico 2.

En la resolución del caso del paciente masculino de 72 años con síntomas de hiporexia, pérdida de peso y una ictericia notoria, se utilizaron distintas modalidades de diagnóstico y manejo. En primer lugar, el uso de la colangiografía (CPRM) permitió una evaluación inicial no invasiva de la anatomía biliopancreática del paciente, revelando la presencia de una masa en el colédoco sin necesidad de procedimientos invasivos o la exposición a radiación (14)(15). Esto proporcionó una imagen detallada de la estructura del árbol biliar, guiando los siguientes pasos diagnósticos y terapéuticos.

Colangiografía Retrograda Endoscópica (CPRE) fue el siguiente paso intentado para diagnosticar y potencialmente tratar la obstrucción biliar identificada por la Colangiografía Resonancia (CRM). A pesar de que no se pudo concluir satisfactoriamente este procedimiento, El uso de la CPRE es muy versátil, ya que usualmente permite no solo diagnosticar, sino también intervenir terapéuticamente, lo cual puede incluir la extracción de cálculos biliares o la colocación de stents para aliviar obstrucciones (16).

En consecuencia, tras los intentos fallidos de CPRE, la laparotomía exploratoria se convirtió en la opción viable para obtener un diagnóstico definitivo mediante una biopsia directa (17). Este procedimiento invasivo fue esencial para establecer un diagnóstico **de colangiocarcinoma**, permitiendo a los médicos planificar un curso de tratamiento adecuado.

Así, el paciente fue manejado en una secuencia lógica de técnicas diagnósticas menos a más invasivas, respetando los principios de beneficencia y no maleficencia. La CPRM proporcionó una evaluación inicial sin riesgos adicionales, mientras que la CPRE ofreció una oportunidad para la intervención terapéutica no invasiva. Finalmente, la laparotomía exploratoria aseguró un diagnóstico definitivo, crucial para manejar una enfermedad tan seria como el colangiocarcinoma.

1.2 Departamento de Gineco-Obstetricia

1.2.1. Caso clínico 3

En este caso clínico complejo, cada uno de los procedimientos y conceptos jugó un papel crítico en el manejo y la resolución de las complicaciones presentadas. Por ejemplo, la ecografía fue esencial para identificar inicialmente la **Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU)** tipo 1 y la ausencia de líquido amniótico, que condujo al diagnóstico de **Ruptura Prematura de Membranas (RPM)** pretérmino (18). Esta técnica de imagen no invasiva permitió realizar un seguimiento continuo del estado de los gemelos, así como de las complicaciones asociadas con el embarazo monoamniótico-bicoriónico (19).

Por otra parte, la cardiotocografía fue utilizada para monitorizar la salud de los fetos, especialmente en un escenario de RPM prolongado y RCIU. La detección de taquicardia fetal habría sido una señal de alerta que indicaba la posibilidad de una infección intrauterina, como la **corioamnionitis** (20). De igual forma, la sospecha y posterior confirmación de corioamnionitis desencadenaron la decisión de proceder con la cesárea de emergencia para evitar la morbimortalidad fetal y materna asociada con esta condición (21).

1.2.2. Caso clínico 4

En este caso, la medición precisa y frecuente de la presión arterial fue clave para detectar la hipertensión en esta paciente, lo cual es un criterio para el diagnóstico de **preeclampsia** (22). El seguimiento constante permitió iniciar intervenciones oportunas como el manejo antihipertensivo y la decisión de terminar el embarazo para prevenir complicaciones mayores (23).

A la paciente se le diagnosticó síndrome colestásico, una condición que se intensifica con niveles elevados de ácidos biliares, superiores a los 30 mg/dl y luego alcanzaron los 60 mg/dl. Este monitoreo guió al equipo médico para hospitalizar a la paciente y para decidir sobre el momento apropiado para finalizar el embarazo, minimizando los riesgos para los fetos y la madre (24)

Además, la utilización de la ecografía prenatal fue crucial para el seguimiento del bienestar de los fetos y para monitorizar la evolución del embarazo gemelar monocoriónico-biamniótico. Este tipo de embarazo tiene riesgos adicionales que necesitan ser evaluados periódicamente (19).

Por último, dada la situación de riesgo para la madre y los fetos, la cesárea se usó como una capacidad quirúrgica esencial para terminar el embarazo de manera segura en la 35.a semana de gestación. La elección de realizar una **cesárea** fue para proteger la salud materna y fetal ante la preeclampsia y el síndrome colestásico, condiciones que podrían haberse agravado con un embarazo continuado (25).

1.2.3. Caso clínico 5

Este caso, el monitoreo constante de la presión arterial fue esencial para detectar el desarrollo de hipertensión arterial, un signo de **preeclampsia** (22). Esto permitió al equipo médico actuar de manera temprana y eficaz para instaurar un tratamiento con fármacos antihipertensivos y considerar el momento óptimo para el parto, eligiendo finalmente la cesárea a las 40 semanas de embarazo para poder prevenir complicaciones graves asociadas a la hipertensión y la preeclampsia, cabe destacar que según las normativas de la Asociación Americana de Ginecología – Obstetricia (ACOG) Refiere que la culminación de una gestación es recomendable entre las 37-38 semanas.

Además, la evaluación del conteo de plaquetas y los índices plaquetarios como el volumen plaquetario medio (VPM) y el cociente PC/MPV ~~es~~ son una herramienta diagnóstica para detectar plaquetopenia asociada a preeclampsia severa (26). La decisión de una cesárea de emergencia se tomó por las condiciones de alto riesgo tanto para la madre (síndrome colestásico y preeclampsia) como para los fetos. Este procedimiento se justificó para mejorar el resultado materno-fetal, lo que se alinea con las indicaciones para cesáreas de emergencia como el manejo de la preeclampsia severa y el síndrome colestásico con niveles altos de ácidos biliares (25). De igual forma, la laparotomía de emergencia **por ruptura hepático** fue un recurso vital para controlar el sangrado posquirúrgico (27).

Por otra parte, la ecografía prenatal fue utilizada a lo largo del embarazo para monitorear el desarrollo y bienestar de los fetos, especialmente en un embarazo gemelar monocoriónico-biamniótico que conlleva riesgos adicionales. Además, este método de imagen habría ayudado a identificar cualquier complicación intrauterina que pudiera requerir una intervención quirúrgica urgente, contribuyendo a la decisión de adelantar el parto (19).

Cada uno de estos procedimientos proporcionó información valiosa y fue esencial para la gestión del riesgo y la optimización de los resultados clínicos en un embarazo complejo con múltiples comorbilidades.

1.3 Departamento de Pediatría

1.3.1. Caso clínico 6

En este caso, el examen de hemograma reveló leucocitosis con desviación izquierda, que es típica de una respuesta inflamatoria aguda, posiblemente debido a una infección bacteriana. Este hallazgo justificó la sospecha clínica de una nueva **infección del tracto urinario** (ITU) en el paciente, que ya tenía antecedentes de ITU recurrentes. Esta interpretación resultó fundamental para el diagnóstico temprano y el manejo de infecciones en pediatría (28).

Por otra parte, la interpretación del análisis de orina mostró una cantidad significativa de leucocitos, lo que indica una inflamación o infección en el tracto urinario. Esta es una herramienta diagnóstica importante para la detección de ITU en niños (29,30). De forma similar, el urocultivo confirmó la presencia de una infección por *Escherichia coli* productora de beta-lactamasa de espectro extendido (BLEE), que es una causa común de ITU en niños y puede ser difícil de tratar debido a su resistencia a muchos antibióticos comunes (31).

La identificación de la sensibilidad de la cepa de *E. coli* al meropenem exigió una prueba de sensibilidad bacteriana. Esta prueba es crítica para guiar el tratamiento efectivo de infecciones por bacterias resistentes a múltiples fármacos (31).

Así, la estrategia adoptada para este caso sigue las directrices clínicas establecidas para tratar infecciones urinarias complicadas en la población pediátrica. La elección

de intervenciones médicas respaldadas por resultados diagnósticos y la adaptabilidad del régimen de antibióticos de acuerdo con la susceptibilidad de los patógenos son componentes cruciales para tratar exitosamente las infecciones urinarias en niños, particularmente cuando se enfrentan a cepas bacterianas resistentes.

1.3.2. Caso clínico 7

En este ejemplo clínico, la **hiperbilirrubinemia en el recién nacido**, provocada por la incompatibilidad ABO, fue manejada con intervenciones médicas específicas. En primer lugar, el monitoreo regular de los niveles de bilirrubina en sangre resultó fundamental en el control de la ictericia (32). La bilirrubinometría transcutánea ofrece un método no invasor para estimar los niveles de bilirrubina, pero se debe confirmar con pruebas de laboratorio cuando el recién nacido se encuentra en peligro de hiperbilirrubinemia significativa. Este seguimiento es aún más crítico en casos como este, donde la incompatibilidad sanguínea incrementa el riesgo de ictericia severa.

Asimismo, la fototerapia fue el tratamiento inicial utilizado, aprovechando su capacidad de transformar la bilirrubina no conjugada en formas más solubles en agua que se pueden eliminar fácilmente del cuerpo (33). A pesar de que hubo una mejora inicial con la fototerapia estándar, la falta de respuesta a una fototerapia más intensiva señaló la necesidad de un tratamiento más intensivo.

Dado el nivel elevado de bilirrubina (mayor de 32 mg/dl) y la ineficacia de la fototerapia, se procedió a una exanguinotransfusión. Esta técnica es crítica en casos de elevada hiperbilirrubinemia, sobre todo si hay amenaza de daño cerebral por bilirrubina o kernicterus. Además de bajar rápidamente la bilirrubina, la **exanguinotransfusión** también remueve anticuerpos y células sanguíneas dañadas, reduciendo el riesgo de complicaciones serias (34).

Por ello, la combinación de estas intervenciones es vital para el diagnóstico adecuado, seguimiento y tratamiento de la ictericia neonatal de alto riesgo por incompatibilidad sanguínea. En este caso hubo una demora en determinar oportunamente el grado de ictericia, por ello, la gestión temprana y efectiva con

estos métodos es clave para prevenir consecuencias graves como el daño neurológico permanente debido a la encefalopatía bilirrubínica.

1.4 Departamento de Medicina Interna

1.4.1. Caso clínico 8

En el complejo escenario clínico de la paciente con **Síndrome Antifosfolípido y Lupus**, el abordaje terapéutico integral incluyó varios pasos cruciales para su recuperación. Por ejemplo, la pronta realización de una **esplenectomía** fue vital para manejar la complicación aguda del infarto esplénico. La retirada quirúrgica del bazo respondió a la urgencia impuesta por la predisposición de la paciente a eventos tromboticos, una maniobra salvadora ante un evento que amenazaba su vida (35).

Asimismo, ante los signos de infección postoperatoria, se administraron antibióticos de espectro amplio y se procedió con la colocación de un drenaje para manejar cualquier acumulación infecciosa. Estas acciones conjuntas fueron fundamentales para contener y combatir la infección antes de que se propagara. Luego, el ajuste del tratamiento antibiótico a meropenem y vancomicina reflejó una estrategia proactiva frente a la ausencia de mejoría, lo que apuntaba a un agente infeccioso más complejo. El **hallazgo de *Cándida tropicalis*** llevó a una estrategia terapéutica específica con antifúngicos (36), demostrando la importancia de personalizar el tratamiento con base en la evolución clínica y los datos de laboratorio.

Por último, el uso de un catéter venoso central (**CVC**) fue crucial para el tratamiento intravenoso continuo. Sin embargo, cuando este se convirtió en un foco de infección por hongos, su pronta retirada subrayó la necesidad de monitoreo constante. La integración de estos enfoques, monitorización exhaustiva y la adaptabilidad del tratamiento, condujeron a la mejoría clínica de la paciente, lo que permitió su egreso con indicaciones claras para cuidado ambulatorio posterior.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Durante la rotación en el **departamento de cirugía general**, se demostró un progreso en el aprendizaje de conocimientos teóricos y prácticos esenciales para el ejercicio de la medicina quirúrgica. A través de la realización de las historias clínicas y examen clínico, evaluación de análisis de laboratorio y estudios de imágenes y actividades estructuradas como la revisión de revistas, discusiones de casos clínicos y revisión de temas con implicancia clínica, se pudo profundizar en el conocimiento y las actualizaciones en el campo. Entre los logros más significativos destacan fortalecer el análisis de la información clínica y complementarla con exámenes para arribar a un diagnóstico certero y un plan terapéutico adecuado, manejo de las bases de sutura y el cuidado de heridas simples, fundamentales en el campo de la cirugía y capacidad de leer e interpretar exámenes auxiliares de laboratorio e imágenes de radiodiagnóstico, vital para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes.

A pesar de las dificultades iniciales de adaptación al modelo de trabajo de Essalud y la dinámica del piso hospitalario, se demostró adaptabilidad. Estas experiencias, enriquecieron la formación, fortaleciendo sus principios y valores, y preparándolo para la prevención, tratamiento y rehabilitación de patologías en el ámbito quirúrgico.

En la rotación en el departamento de gineco-obstetricia, se evidenciaron avances significativos en la adquisición de habilidades teóricas y prácticas. La capacidad de tomar decisiones basadas en hallazgos clínicos y exámenes auxiliares se consolidó como un pilar fundamental, reflejando una sólida formación basada en evidencia y rigor científico. Igualmente, el manejo competente de la atención de partos, los cuidados inmediatos postparto y las intervenciones esenciales en los primeros minutos de vida del recién nacido destacan la preparación en áreas críticas de la medicina.

De cara a los desafíos encontrados, especialmente en un contexto de hospital de nivel IV donde los partos pueden presentar condiciones especiales, se demostró

adaptabilidad y resiliencia. Este enfoque dual en la salud fetal y materna resalta la singularidad y responsabilidad del papel en este ámbito.

Durante la rotación en el **departamento de pediatría**, se destaca el desarrollo de competencias decisivas para la toma de decisiones basadas en hallazgos clínicos y exámenes auxiliares, una capacidad esencial en la práctica médica. Se resalta igualmente la habilidad adquirida en el manejo integral de pacientes pediátricos, desde la atención primaria hasta aspectos más especializados, como la administración de dosis medicamentosas ajustadas al peso y el manejo meticuloso de balances hídricos, especialmente en neonatos.

Pese a los obstáculos encontrados, como la adaptación a dosificaciones individualizadas y el seguimiento riguroso que demandan los pacientes en neonatología, se ha demostrado una evolución y adaptabilidad notables en el manejo clínico. Estas aptitudes son fundamentales para el diagnóstico, prevención, y tratamiento de patologías en el ámbito pediátrico y neonatal.

La rotación en el **departamento de medicina interna** fue fundamental para aprender a tomar decisiones basadas en hallazgos clínicos y exámenes auxiliares, así como para el manejo de pacientes con comorbilidades complejas. Adicionalmente, esta rotación permitió adquirir habilidades en procedimientos invasivos como toracocentesis, paracentesis evacuadoras y el cuidado meticuloso de heridas quirúrgicas.

Durante las Rotaciones dadas en **los servicios de cirugía, ginecología y obstetricia, Pediatría y Medicina interna** se puede adquirir las cualidades de empatía y compromiso con el paciente para dar un trato mas humano y dejar atrás el trato paternalista del medico pasando hacer un trato más igualitario

Los conocimientos adquiridos en las rotaciones antes mencionadas abarcan diagnóstico como manejo primario de las patologías mas comunes que suelen ser motivo de consulta del día al día como también conocimiento básico de patologías poco comunes

Además, que se puede observar el constante cambio en los diagnósticos como manejos de las patologías entendiendo de que el manejo no es algo estático que se puede replicar cada paciente es único con un tratamiento personalizado como

también los avances que se dan obligan a todo el personal de salud estar constantemente actualizándose sus conocimientos para poder dar el mejor beneficio para el paciente durante su estancia hospitalaria

Por ultimo entender que el manejo de un paciente es algo que se da en un ámbito interdisciplinario es decir que no es una sola especialidad la que evalúa el paciente si no un trabajo en conjunto de diferentes áreas para poder así dar una manejo optimo y seguimiento del paciente

CONCLUSIONES

Se resalta la práctica de la realización de una historia clínica con examen físico completo, el planteamiento diagnóstico y el diagnóstico diferencial, la evolución en el juicio clínico, la interpretación precisa de datos para diagnósticos confiables, la elección de tratamientos con fundamento y la realización de procedimientos esenciales en varias ramas de la medicina

La rotación en el **departamento de cirugía general** brindó la oportunidad de aplicar conocimientos teóricos a situaciones reales y perfeccionar destrezas quirúrgicas básicas. Las revisiones de los casos permitieron una inmersión profunda en el diagnóstico y manejo quirúrgico, mientras que la práctica supervisada refinó habilidades como la interpretación de pruebas diagnósticas y el manejo pre y postoperatorio. A pesar de los retos iniciales, el avance y la dedicación demostrada reflejaron una sólida devoción por dominar las competencias clave en la cirugía hepatobiliar.

La experiencia en el **departamento de gineco-obstetricia** fue fundamental para robustecer la capacidad de cuidado materno-infantil. El aprendizaje progresivo permitió dominar la gestión del parto y el soporte vital neonatal inicial, fortaleciendo la capacidad de toma de decisiones con base científica. Se destacó la capacidad de adaptación y el fuerte compromiso con la salud materna y pediátrica.

El período en la residencia del **departamento de pediatría** contribuyó significativamente al desarrollo de competencias para el manejo de pacientes niños y adolescentes. La supervisión y la práctica clínica enfatizaron aspectos cruciales como la nutrición, manejo de fluidos, dosificación pediátrica y, superando las barreras iniciales y mostrando un progreso en el manejo de enfermedades prevalentes en estos grupos vulnerables.

La rotación en el **departamento de medicina interna** fue beneficiosa para adquirir un manejo holístico de pacientes con patologías complejas. La interacción directa con pacientes, la elaboración de una buena historia clínica y la discusión de casos

promovieron un razonamiento clínico más avanzado y la ejecución de procedimientos especializados, consolidando un perfil médico de ~~alta~~ alta-competencia.

El contacto directo con pacientes en un contexto real y la orientación de especialistas como tutores contribuyeron de manera significativa al desarrollo de una educación médica completa.

RECOMENDACIONES

- 1 Es importante establecer una buena relación médico paciente como fundamento de un acto médico de calidad
- 2 Se sugiere promover la excelencia en la historia clínica, examen clínico y razonamiento diagnóstico
- 3 Se sugiere organizar sesiones de discusión multidisciplinaria regular para el análisis colaborativo de casos complejos.
- 4 Incentivar a los médicos en formación a investigar y compartir hallazgos clínicos en publicaciones científicas.
- 5 Ampliar el uso de simulaciones clínicas como fundamental del aprendizaje práctico.
- 6 Estimular la creación de portafolios personales y diarios reflexivos para documentar el progreso educativo individual.
- 7 Promover programas de intercambio entre instituciones para enriquecer la diversidad y amplitud de la experiencia médica en formación.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Carmona CR, Rojas AMM, Martínez AN, Martínez EPA, García UT. Ansiedad de los estudiantes de una facultad de medicina mexicana, antes de iniciar el internado. *Investigación en Educación Médica*. 2017 Jan;6(21):42–6.
2. Ballart MJ, de la Vega JG, Larraín S, Muñoz F, Pérez S, Andresen M. Experiencia del internado de medicina durante la pandemia por Covid-19. *ARS MEDICA*. 2020;45(3).
3. Gloria G, Estefany F. Competencias adquiridas durante el internado médico en la Clínica Good Hope–Miraflores. Enero 2020–Abril 2021 [Internet] [Tesis de maestría]. [Lima]: USMP; 2021 [cited 2023 Oct 30]. Available from: https://www.lareferencia.info/vufind/Record/PE_fa7a3b9fb803d05266f7e93f87ab090d
4. Toledo Peña JE. Portafolio de la experiencia durante el Internado Médico en el período junio 2021 a febrero 2022 en los establecimientos: C.S. Gustavo Lanatta Luján Hospital Nacional Dos de Mayo [Internet]. [Lima]: UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS; 2022. Available from: https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/659688/Toledo_PJ.pdf?sequence=3
5. Zhao Y, Musitia P, Boga M, Gathara D, Nicodemo C, English M. Tools for measuring medical internship experience: a scoping review. *Hum Resour Health*. 2021 Dec 14;19(1):10.
6. Apaza-Ramos JL, Correa-López LE, Ponce RG, De La Cruz-Vargas JA. Knowledge of Electrocardiogram Interpretation in Medical Interns at a Peruvian University. *Ann Rom Soc Cell Biol*. 2021;25(7):1212–9.
7. Carlsson Y, Bergman S, Nilsson A, Liljedahl M. The medical internship as a meaningful transition: A phenomenographic study. *Med Educ*. 2023 Jun 7;
8. Carlsson Y, Nilsson A, Bergman S, Liljedahl M. Junior doctors' experiences of the medical internship: a qualitative study. *Int J Med Educ*. 2022;13:66.
9. Couinaud CM. A simplified method for controlled left hepatectomy. *Surgery*. 1985 Mar;97(3):358–61.
10. NIH. Instituto Nacional del Cáncer . 2023 [cited 2024 Jan 2]. Derivación biliar. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/derivacion-biliar>
11. Samaniego LI, Ruíz RD. Protocolo diagnóstico de la colestasis intrahepática. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado* [Internet]. 2016 [cited 2024 Jan 2];12(11):635–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541216300622>

12. Nakagawa Y, Uchida H, Hinoki A, Shirota C, Tainaka T, Sumida W, et al. Laparoscopic bile duct plasty for hilar bile duct stenosis in patients with congenital biliary dilatation: Diagnosis of HBDS by preoperative MRCP and laparoscopic strategy to relieve. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2023 Apr 11;30(4):473–81.
13. Virgile J, Marathi R. Cholangitis. 2023.
14. Llatas Pérez J, Hurtado Roca Y, Frisancho Velarde O. Coledocolitiasis en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins (2010-2011): incidencia, factores de riesgo, aspectos diagnósticos y terapéuticos. *Revista de Gastroenterología del Perú* [Internet]. 2011 [cited 2024 Jan 2];31(4):324–9. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292011000400004
15. Maccioni F, Martinelli M, Al Ansari N, Kagarmanova A, De Marco V, Zippi M, et al. Magnetic resonance cholangiography: past, present and future: a review. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2010 Aug;14(8):721–5.
16. Meseeha M, Attia M. Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography. 2023.
17. Sierra L. Contribución al estudio de la cirugía abdominal. Laparotomía exploradora. *Rev Chil Cir.* 2004;56(5):504–7.
18. Vigil de Gracia P, Savransky R, Pérez Wuff J, Delgado Gutiérrez J, Nunez de Morais E. Ruptura prematura de membranas. *Guía clínica de la Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia* [Internet]. 2011 [cited 2024 Jan 2];2. Available from: <http://sogiba.org.ar/documentos/GC1RPM.pdf>
19. Abramowicz JS. Benefits and risks of ultrasound in pregnancy. *Semin Perinatol.* 2013 Oct;37(5):295–300.
20. Martínez CDV, Guerrero EFM, Vera NDV, Palacios EVA. Corioamnionitis, definición, métodos de diagnóstico y repercusión clínica. *Journal of American Health* [Internet]. 2020 [cited 2024 Jan 2];3(2):84–94. Available from: <http://www.jah-journal.com/index.php/jah/article/view/35>
21. Fowler JR, Simon L V. Chorioamnionitis. 2023.
22. Camacho Terceros LA, Berzaín Rodríguez MC. Una mirada clínica al diagnóstico de preeclampsia. *Revista Científica Ciencia Médica* [Internet]. 2015 [cited 2024 Jan 2];18(1):50–5. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1817-74332015000100010&script=sci_abstract&tlng=pt
23. Hurrell A, Webster L, Chappell LC, Shennan AH. The assessment of blood pressure in pregnant women: pitfalls and novel approaches. *Am J Obstet Gynecol.* 2022 Feb;226(2):S804–18.
24. Marschall HU. Management of intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2015 Oct 3;9(10):1273–9.
25. Sung S MH. Cesarean Section [Internet]. 2022. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546707/%0A>

26. Temur M, Taşgöz FN, Çift T, Serpim G, Üstünyurt E. Role of platelet indices in prediction of preeclampsia. *Ginekol Pol.* 2021 Nov 30;92(11):792–6.
27. Ahmed A, Azim A. Emergency Laparotomies: Causes, Pathophysiology, and Outcomes. *Indian J Crit Care Med.* 2020 Sep;24(Suppl 4):S183–9.
28. Hevia P, Alarcón C, González C, Rosati MP. Recomendaciones sobre diagnóstico, manejo y estudio de la infección del tracto urinario en pediatría. Rama de Nefrología de la Sociedad Chilena de Pediatría. Parte 1. *Rev Chil Pediatr.* 2020;91(2):281–8.
29. Leung AKC, Wong AHC, Leung AAM, Hon KL. Urinary Tract Infection in Children. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov.* 2019 Aug 5;13(1):2–18.
30. Restrepo de Rovetto C. Infección del tracto urinario: un problema prevalente en Pediatría. *Bol Med Hosp Infant Mex [Internet].* 2017 [cited 2024 Jan 2];74(4):241–2. Available from: <https://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v74n4/1665-1146-bmim-74-04-00241.pdf>
31. Al Nafeesah A, Al Fakeeh K, Chishti S, Hameed T. E. coli versus Non-E. coli Urinary Tract Infections in Children: A Study from a Large Tertiary Care Center in Saudi Arabia. *Int J Pediatr Adolesc Med.* 2022 Mar;9(1):46–8.
32. Labrune P, Trioche-Eberschweiler P, Gajdos V. Diagnóstico de ictericia del recién nacido. *EMC-Pediatría.* 2019;54(2):1–6.
33. Zhang XR, Zeng CM, Liu J. Effect and safety of intensive phototherapy in treatment of neonatal hyperbilirubinemia. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi.* 2016;18(3):195–200.
34. Bujandric N, Grujic J. Exchange Transfusion for Severe Neonatal Hyperbilirubinemia: 17 Years' Experience from Vojvodina, Serbia. *Indian J Hematol Blood Transfus.* 2016 Jun;32(2):208–14.
35. Slee LY, Lopez JL. Splenectomy. In: *StatPearls [Internet].* StatPearls Publishing; 2023.
36. Oliveira JS de, Pereira VS, Castelo-Branco D de SCM, Cordeiro R de A, Sidrim JJC, Brilhante RSN, et al. The yeast, the antifungal, and the wardrobe: a journey into antifungal resistance mechanisms of *Candida tropicalis*. *Can J Microbiol.* 2020 Jun;66(6):377–88.