

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL  
DE CHANCAY Y SERVICIOS BASICOS DE SALUD  
DR. HIDALGO ATOCHE LÓPEZ 2023-2024**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA**

**PRESENTADO POR**

**ANA LUCÍA SIPÁN CHÁVEZ**

**SHESSIRA KARINA VELA CHAGA EUSTAQUIO**

**ASESOR**

**HUGO ANIBAL ORTIZ SOUZA**

**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/>



**USMP**

UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTÍN DE PORRES

**FACULTAD DE MEDICINA  
HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL  
DE CHANCAY Y SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD  
DR. HIDALGO ATOCHE LÓPEZ 2023-2024**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICA CIRUJANA**

**PRESENTADO POR  
ANA LUCÍA SIPÁN CHÁVEZ  
SHESSIRA KARINA VELAUCHAGA EUSTAQUIO**

**ASESOR  
MC HUGO ANIBAL ORTIZ SOUZA**

**LIMA-PERÚ  
2024**

**JURADOS**

**PRESIDENTE: FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA**

**MIEMBRO: JOHANDI DELGADO QUISPE**

**MIEMBRO: CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA**

## **DEDICATORIA**

A Dios por sustentarnos a lo largo de la carrera, a nuestros padres, hermanos y abuelos por brindarnos su apoyo incondicional, por siempre alentarnos a ser mejor cada día para lograr ser un excelente persona y profesional.

## **AGRADECIMIENTOS**

A nuestras familias, por siempre alentarnos para poder superar todos los obstáculos que se nos presentaban.

A nuestros docentes, médicos asistentes, residentes, gracias por su tiempo, vocación, por transmitirnos sus enseñanzas y así formarnos para ser excelentes profesionales de la salud.

Al Hospital de Chancay por brindarnos sus instalaciones y disposición absoluta de sus áreas para poder desarrollar y afianzar nuestros conocimientos.

## ÍNDICE

|                                                                     |     |
|---------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>PORTADA</b>                                                      | i   |
| <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   |
| 1.1 Rotación en Medicina Interna                                    | 1   |
| 1.2 Rotación en Cirugía General                                     | 9   |
| 1.3 Rotación en Pediatría                                           | 17  |
| 1.4 Rotación en Ginecología y Obstetricia                           | 24  |
| <b>CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b> | 34  |
| <b>CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL</b>                         | 36  |
| 1. Medicina Interna                                                 | 36  |
| 2. Cirugía General                                                  | 38  |
| 3. Pediatría                                                        | 40  |
| 4. Ginecología y Obstetricia                                        | 43  |
| <b>CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>             | 46  |
| <b>CONCLUSIONES</b>                                                 | 49  |
| <b>RECOMENDACIONES</b>                                              | 50  |
| <b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>                                       | 51  |

## RESUMEN

**Objetivo:** Detallar las habilidades y conocimientos obtenidos en el Hospital de Chancay durante el periodo comprendido entre abril de 2023 y enero de 2024.

**Materiales y métodos:** Se realizó la revisión de 16 casos en cada servicio de rotación que son Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, Ginecología y Obstetricia.

**Resultados:** Pacientes, varón de 61 años, con celulitis facial, varón de 50 años con pancreatitis aguda, varón de 78 años, con neumonía en base derecha, mujer de 61 años con ACV isquémico, mujer de 15 años con diagnóstico de apendicitis aguda, mujer de 65 años con colecistitis crónica calculosa, varón de 12 años con plastrón apendicular, mujer de 8 meses con hematoma subgaleal, mujer de 8 meses con síndrome obstructivo bronquial, varón de 12 años con enfermedad diarreica disentería, varón de 01 año con adenovirus, mujer de 01 mes con infección del tracto urinario, mujer de 23 años en trabajo de parto, fase activa, mujer de 19 años con embarazo ectópico roto, mujer de 32 años con puerperio inmediato por parto vaginal más desgarro genital de 3° grado, mujer de 32 años con mastitis puerperal.

**Conclusiones:** El internado brinda la oportunidad de aplicar los conocimientos adquiridos en la universidad en situaciones clínicas reales. Esto no solo refuerza el aprendizaje, sino que también desarrolla habilidades prácticas esenciales para la práctica médica.

**Palabras clave:** Internado médico, cirugía general, medicina, ginecología y obstetricia, pediatría



## ABSTRACT

**Objective:** Detail the skills and knowledge acquired at the Chancay Hospital during the period between April 2023 and January 2024. **Materials and methods:** A review of 16 cases was carried out in each rotation service, which are Internal Medicine, General Surgery, Pediatrics, Gynecology and Obstetrics. **Results:** Patients, 61-year-old male, with facial cellulitis, 50-year-old male with acute pancreatitis, 78-year-old man, with right-base pneumonia, 61-year-old woman with ischemic stroke, 15-year-old woman with diagnosis of acute appendicitis, 65-year-old woman with chronic calculous cholecystitis, 12-year-old man with appendiceal plastron, 8-year-old woman months with subgaleal hematoma, 8-month-old female with bronchial obstructive syndrome, 12-year-old male with dysentery diarrheal disease, 1-year-old male with adenovirus, 1-month-old female with urinary tract infection, 23-year-old female in labor, active phase, 19-year-old woman with ruptured ectopic pregnancy, 32-year-old woman with immediate postpartum due to vaginal delivery plus 3rd degree genital tear, 32-year-old woman with puerperal mastitis. **Conclusions:** The internship provides the opportunity to apply the knowledge acquired at the university in real clinical situations. This not only reinforces learning, but also develops practical skills essential for medical practice.

**Keywords:** Medical internship, general surgery, medicine, gynecology and obstetrics, pediatrics

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO  
EN EL HOSPITAL DE CHANCAY Y SERVI  
CIOS BASICOS DE SALUD DR. HIDALG**

AUTOR

**ANA LUCÍA SIPÁN CHÁVEZ**

RECuento de palabras

**12907 Words**

RECuento de caracteres

**73854 Characters**

RECuento de páginas

**64 Pages**

Tamaño del archivo

**115.8KB**

Fecha de entrega

**Apr 2, 2024 11:27 AM GMT-5**

Fecha del informe

**Apr 2, 2024 11:28 AM GMT-5**

● **19% de similitud general**

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

- 19% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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

## INTRODUCCIÓN

El internado médico representa uno de los hitos cruciales en la formación de todo profesional de la salud. Se lleva a cabo en el último año de la carrera de Medicina Humana, en esta etapa marca la transición de los estudiantes de ser aprendices teóricos a convertirse en médicos plenamente capacitados y confiables. Durante este período, los futuros doctores tienen la invaluable oportunidad de aplicar sus conocimientos adquiridos en aulas y laboratorios a situaciones reales de atención médica, bajo la supervisión de profesionales experimentados y de esa forma consolidarlos.

En el presente trabajo de suficiencia profesional se describe el período de inmersión en el entorno hospitalario, los internos se enfrentan a una diversidad de casos clínicos, desde los más comunes hasta los más raros, lo que les permite familiarizarse con una amplia gama de enfermedades, tratamientos y procedimientos médicos.

Es una oportunidad invaluable para el desarrollo de habilidades interpersonales y de trabajo en equipo. Nosotros, los internos aprendemos a interactuar con pacientes y sus familiares, a comunicar diagnósticos y planes de tratamiento de manera clara y compasiva, y a colaborar efectivamente con otros profesionales de la salud en un ambiente multidisciplinario.

Nuestro internado médico se llevó a cabo en el Hospital de Chancay y SBS Dr. Hidalgo Atoche López, es un centro de salud del nivel II-2 del MINSA, que forma parte de la provincia de Huaral y está situado en el distrito de Chancay, departamento de Lima, brindando atención en distintas especialidades médicas. Durante el internado médico, pasarán por cuatro rotaciones, cada una con una duración de dos meses y 15 días. Estas son Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Ginecología y Obstetricia.

En esta oportunidad, desarrollaremos 16 casos clínicos con diversos diagnósticos y planes de trabajo, correspondientes a las cuatro áreas ya mencionadas, con la finalidad de poder obtener el título profesional.

## CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

### 1.1 Rotación en Medicina Interna

#### Caso n°1

Varón de 61 años acude al servicio de emergencia por presentar un dolor en mejilla derecha y área dental, desde hace 2 días, hoy se agrega hinchazón en cara con molestias para masticar. Además de fiebre de 38,5 C°.

**Síntomas principales:** Dolor, edema en región derecha de hemicara y fiebre.

#### **Antecedentes personales:**

- Antecedentes familiares: Niega.
- Patología: Niega.
- Quirúrgico: Próstata
- Alergias: Niega.

#### **Funciones vitales**

- Presión arterial: 120/60
- Frecuencia respiratoria: 20 respiración por minuto (rpm)
- Temperatura: 36,1°C
- Frecuencia cardiaca: 83 latidos por minuto (lpm)
- Peso: 68 kg
- Talla: 165 cm

#### **Examen físico**

- Piel y Tejido celular subcutáneo: tibia, poca hidratada, elástica, llenado capilar < 2", edema en hemicara derecha +/- no signos de flogosis.
- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular (MV) pasa bien por ambos hemitórax.
- Cardiovascular: Ruido cardiaco rítmico (RCR). No soplos.
- Abdomen: Plano, Ruidos hidroaéreos presentes (RHA), no dolor a la palpación superficial ni profunda.

- Sistema nervioso central (SNC): Responde a estímulos, Escala de Glasgow (EG): 15/15, no signos meníngeos.

### **Diagnóstico**

1. Celulitis facial: Descartar absceso dentario

### **Plan de trabajo**

Se decide hospitalizar en observación al paciente para manejo con antibióticos y analgesia, se indican exámenes de laboratorio: hemograma, proteína c reactiva (PCR) y glucosa.

Resultados de laboratorio: Hemoglobina: 13.2 g/dL, Hematocrito: 39.0%, Leucocitos: 5 600 x mm<sup>3</sup>, Abastionados: 0%, PCR: Positiva 69.7 mg/L, Glucosa: 103 mg/Dl.

### **Tratamiento**

- Dieta licuada + líquidos a voluntad
- Cloruro de Sodio (ClNa) al 0.9% 1000cc 30 gotas por minuto
- Oxacilina 2 gr vía endovenosa cada 24 horas.
- Clindamicina 600 mg vía endovenosa cada 8 horas.
- Omeprazol 20 mg por vía endovenosa cada 24 horas.
- Metamizol 1 gr por vía endovenosa condicional a fiebre.
- Ketoprofeno 100 mg + 100 cc de ClNa al 0.9% cada 12 horas.
- Control de funciones vitales (CFV)

### **Seguimiento**

Luego de recibir tratamiento por un día se hace su traslado a hospitalización de medicina, donde se realiza una interconsulta con odontología donde refieren que paciente presenta un absceso periapical por lo cual al alta debe acercarse a consultorio. Luego de 4 días de haber completado tratamiento antibiótico. presenta mejoría clínica y es dado de alta con tratamiento para casa. Es citado en 5 días para control.

## **Caso n° 2**

Paciente masculino de 50 años acude al servicio de emergencia, refiriendo dolor tipo urente a altura de epigastrio que se irradia hacia la zona dorsal. Con un tiempo de enfermedad de 10 horas.

**Síntoma principal:** Dolor abdominal irradiado a zona dorsal.

### **Antecedentes personales**

- Familiares: Niega
- Quirúrgico: Niega
- Alergias: Niega

### **Funciones vitales**

- Presión arterial: 100/70 mmHg
- Frecuencia respiratoria: 20 rpm
- Temperatura: 36.3 °C
- Frecuencia cardiaca: 75 lpm
- Saturación de oxígeno: 98%
- Peso: 76 kg
- Talla: 165 cm

### **Examen físico**

- Piel: Tibia, poca hidratada, frágil, llenado capilar menor a 2".
- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular (MV) pasa bien en ambos campos pulmonares.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos (RCR). No soplos.
- Abdomen: Blando, depresible, dolor a la palpación superficial y profunda en epigastrio, ruidos hidroaéreos aumentados.
- SNC: LOTEPE, EG: 15/15, no signos meníngeos.

### **Diagnóstico**

1. Síndrome doloroso abdominal: Descartar pancreatitis aguda

## **Plan de trabajo**

Se inicia tratamiento con cloruro de sodio para hidratación, se añade ketoprofeno como analgesia acompañada de omeprazol y hioscina. Además, se le solicita un hemograma completo, creatinina, urea, glucosa, amilasa y perfil hepático.

Resultados de laboratorio: Hemoglobina: 13.8 g/dL, Hematocrito: 41.6%, Leucocitos: 13 600 x mm<sup>3</sup>, Abastados: 1%, Glucosa: 103 mg/dL, Amilasa: 650 U/L, Transaminasas TGO: 30 U/L, Bilirrubina total: 1 mg/dL.

El diagnóstico de pancreatitis aguda es confirmado y se decide hospitalizar al paciente en el servicio de medicina.

## **Tratamiento**

- Dieta líquida amplia.
- Cloruro de Sodio al 0.9% 1000 cc ] 100 cc hora
- Ceftriaxona 2 gr vía endovenosa cada 24 horas.
- Omeprazol 20 mg por vía endovenosa cada 24 horas.
- Tramadol 100 mg + Dimenhidrinato 50 mg + 100 cc de suero fisiológico condicional a dolor intenso.
- CFV + Balance hidroelectrolítico (BHE)

## **Seguimiento**

La evolución del paciente se desarrolla de manera satisfactoria, no presenta fiebre. Continúa con hidratación endovenosa durante 3 días más, no refiere dolor, niega otras molestias. Se le realiza exámenes de control donde da como resultado una hemoglobina:12.5 gr/dl, leucocitos: 5 600 y una amilasa de 50 U/L. Se indica alta con control por consultorio en 07 días.

## **Caso n.º 3**

Paciente masculino de 78 años, es traído al área de Emergencia por familiar refiriendo que presenta dificultad para respirar y tos excesiva. Además, el familiar menciona que el paciente es hipertenso y se administra nifedipino y carvedilol.

**Síntomas principales:** Dificultad respiratoria

### **Antecedentes**

- Patológicos: Hipertensión, Enfermedad renal crónica y fibrilación auricular.
- Familiares: Niega
- Quirúrgico: Niega
- Alergias: Niega

### **Funciones vitales**

- Presión arterial: 160/80 mmHg
- Frecuencia respiratoria: 21 por minuto
- Temperatura: 37.3 °C
- Frecuencia cardíaca: 89 x minuto
- Saturación de oxígeno: 93%
- Peso: 57 kg
- Talla: 142 cm

### **Examen físico**

- Tórax y pulmonar: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, crépitos en base derecha.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos auscultables, ingurgitación yugular (IY): positivo.
- Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos aumentados, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- Genito urinario: Puño percusión lumbar (PPL): Negativo, puntos renoureterales (PRU): Negativo, portador de sonda vesical.
- SNC: Despierto, EG (15/15), no signos de focalización.

### **Diagnóstico**

1. Neumonía en base derecha.
2. Enfermedad renal crónica por historia clínica.
3. Hipertensión arterial por historia clínica.

### **Plan de trabajo**

Se le solicita hemograma, urea, creatinina, radiografía de tórax, TGO, TGP, Proteínas totales, TP, fosfatasa alcalina. El paciente es reevaluado con los



siguientes resultados: Hemoglobina:10.3 gr/dL leucocitos: 8430 x mm<sup>3</sup>, abastados 0%, segmentado: 65%, urea: 222 mg/dl, creatinina:10.17 mg/dl, TP: 31, proteínas totales 6.96, albúmina 4.44, radiografía de tórax: Se aprecia un patrón intersticial en base derecha. Por tanto, es hospitalizado en el servicio de medicina interna

### **Diagnóstico definitivo**

1. Neumonía basal derecha
2. Enfermedad renal crónica por historia clínica
3. Hipertensión arterial por historia clínica
4. Anemia leve
5. Portador de sonda vesical

### **Tratamiento**

- Dieta blanda licuada
- Omeprazol 40 mg vía endovenosa cada 24 horas.
- Ceftriaxona 2g vía endovenosa cada 24 horas.
- Carvedilol 12.5 mg vía oral cada 24 horas
- Nifedipino 30 mg vía oral cada 12 horas.
- Furosemida 40 mg vía endovenosa cada 12 horas.
- Paracetamol 1g vía endovenosa condicional T°>38.5°C
- CFV + BHE.
- Se solicita electrocardiograma.
- Interconsulta a urología para cambio de sonda vesical.

### **Seguimiento**

En el área de hospitalización el paciente se va deteriorando cada día más ya que se niega a recibir tratamiento de hemodiálisis, por tanto, sus niveles de urea y creatinina se van elevando cada vez más y con ello se presentan más complicaciones de distintos órganos. Luego de 32 días de estar hospitalizado y recibir tratamiento de calidad de vida, llega a fallecer.

#### **Caso n.º 4**

Paciente femenino de 71 años, es traída por familiar al área de Emergencia refiriendo que despierto con limitación funcional del lado derecho y disartria.

**Síntomas principales:** Hemiparesia derecha, disartria

#### **Antecedentes**

- Patológicos: ACV anterior, Hipertensión arterial.
- Familiares: Niega
- Epidemiológicos: Niega
- Quirúrgicos: Colecistectomía, apendicetomía, quistectomía
- Alergias: Niega

#### **Funciones vitales**

- Presión arterial: 140/80 mmHg
- Frecuencia respiratoria: 19 x minuto.
- Temperatura: 36.8°C
- Frecuencia cardiaca: 92 x minuto.
- Saturación de oxígeno: 98%
- Peso: 72 kg
- Talla: 150 cm

#### **Examen físico**

- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos auscultables, IY (-).
- Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- Genito urinario: PPL(-), PRU(-)
- SNC: Despierto, EG:15/15, hemiparesia derecha, escala Daniels derecha (1/5) e izquierda (5/5).

## **Diagnóstico**

1. Síndrome focal agudo
2. D/C ACV isquémico vs hemorrágico

## **Plan de trabajo**

Se le solicita hemograma, urea, creatinina, tomografía cerebral sin contraste y electrocardiograma. Los resultados de los exámenes son: Hemoglobina 13 gr/dL, leucocitos 6 560 x mm<sup>3</sup>, creatinina 0.82 mg/dl. Examen de orina: Negativo. TEM: borramiento de los surcos, pérdida de la unión sustancia gris-sustancia blanca entre la corteza y la sustancia blanca y un signo de la arteria cerebral media densa.

## **Diagnóstico definitivo**

1. ACV isquémico: Hemiparesia derecha
2. Infarto antiguo de cara posterior

## **Tratamiento**

- Dieta blanda asistida + líquidos a voluntad
- CINA 0.9% 1000cc
- Omeprazol 40 mg vía endovenosa cada 24 hrs
- Paracetamol 1gr vía endovenosa condicional T°>38°C
- Losartan 50 mg vía oral cada 12 horas
- Oxígeno para mantener saturación >92%
- Posición de cabecera de 30°
- Atorvastatina 100 g vía oral cada 24 hrs.
- Aspirina 100 mg vía oral cada 24 hrs.
- Hemogluco test cada 12 hrs.
- CFV + BHE

## **Seguimiento**

En hospitalización la paciente refiere ir mejorando sus síntomas con el pasar de los días, sus exámenes laboratoriales de control no se encuentran

alterados, de evolución favorable y buen pronóstico. En su cuarto día de hospitalización es dada de alta médica con sus respectivas indicaciones.

## **1.2 Rotación en Cirugía General:**

### **Caso n° 5**

Paciente femenino de 15 años, es traída al área de Emergencia acompañada de madre refiriendo un tiempo de enfermedad de un día, manifiesta dolor abdominal intenso que inicio en epigastrio que migró a fosa iliaca derecha acompañado de falta de apetito, náusea y sensación de alza térmica no cuantificada.

**Síntomas principales:** Dolor abdominal, anorexia y náuseas.

### **Antecedentes personales**

- Antecedentes familiares: Niega.
- Patología: Niega.
- Alergias: Niega.

### **Funciones vitales**

- Presión arterial: 100/60 mmHG
- Frecuencia respiratoria: 20 por minuto
- Temperatura: 36,7 C°
- Frecuencia cardiaca: 73 por minuto
- Peso: 50 kg
- Talla: 1,50 cm

### **Examen físico**

- Abdomen: Distendido, ruidos hidroaéreos aumentados, dolor a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha, signo de Mcburney (+), signo de rebote (+), no peritoneal.

### **Diagnóstico**

1. Síndrome Doloroso Abdominal: Descartar: Apendicitis Aguda

## 2. Síndrome Nauseoso

### **Plan de trabajo**

Se solicita exámenes prequirúrgicos en los que se incluye: hemograma completo, grupo y factor sanguíneos, perfil de coagulación, serología y examen de orina. Se indica a paciente que no puede ingerir alimentos ni líquidos, se inició hidratación endovenosa con suero fisiológico. Se le solicitó Hemograma completo, PCR y examen de orina y reevaluación con resultados. Resultados de laboratorio: Examen de orina: Negativo, hemoglobina: 13.2 g/dL, urea: 22 mg/dL, hematocrito: 41.0%, grupo y factor: O+ , leucocitos: 12 600 x mm<sup>3</sup> , perfil de coagulación: no presentan alteraciones, abastones:1% , PCR: positiva ,serológicos: negativo, beta HCG:Negativo. Se reevalúa paciente donde en exámenes de laboratorio se evidencia leucocitosis con desviación izquierda y PCR elevado. Se realizó como ayuda diagnóstica la escala de Alvarado, con un puntaje 9, lo cual, se confirmó Apendicitis aguda.

### **Diagnóstico definitivo**

1. Apendicitis aguda sin presencia de complicaciones

### **Tratamiento**

- Nada por vía oral.
- Cloruro de Sodio al 0.9% 1000cc 30 gotas por minuto.
- Ceftriaxona 1 gr por vía endovenosa antes de ingresar a sala de operaciones.
- Ranitidina 50 mg por vía endovenosa cada 8 horas.
- Metamizol 1,5 gr por vía endovenosa cada 8 horas.
- Preparar para sala de operaciones.

### **Seguimiento**

Se realiza una apendicectomía por laparoscopia, en el informe operatorio se da el diagnóstico de apendicitis aguda necrosada, donde se halla un apéndice cecal de 8 x 1 cm necrosada en un 1/3 distal, sin perforaciones. Base indemne.

Paciente luego de la intervención se da pase a piso de hospitalización. Para manejo y alta pronta.

### **Caso n.º 6**

Paciente femenina de 65 años es ingresada por el servicio de emergencia refiriendo dolor abdominal tipo cólico intenso en hipocondrio derecho, que se incrementa luego de la ingesta de alimentos ricos en grasas, que cedía analgésicos actualmente es el tercer episodio en los últimos dos días. Además, este último acompañado de náuseas y malestar general.

**Síntomas principales:** Dolor abdominal en hipocondrio derecho.

### **Antecedentes personales**

- Antecedentes familiares: Niega.
- Patológicos: Osteoporosis y litiasis vesicular
- Quirúrgico: Hernioplastia (hace 5 meses)
- Alergias: Niega.

### **Funciones vitales**

- Presión arterial: 120/70
- Frecuencia respiratoria: 20
- Temperatura: 36,5
- Frecuencia cardiaca: 83
- Peso: 70 kilogramos
- Talla: 1,52 cm

### **Examen físico**

- Abdomen: Blando, poco depresible, ruidos hidroaéreos presentes, dolor a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho. Signo de Murphy: presente, rebote: negativo, no peritoneal.

## **Plan de trabajo**

Se indica hidratación, analgesia acompañada de un antiemético por vía endovenosa, se solicita ecografía abdominal y exámenes de laboratorios prequirúrgicos.

Resultados de laboratorio: Hemoglobina: 14.1 g/dL, hematocrito: 43 % , grupo y factor: O+ , leucocitos: 4 680 x mm<sup>3</sup>, TGO: 14 U/L TGP: 10 U/L , abastados:2% ,PCR: Positiva ,urea: 25 mg/dL ,creatinina: 0.9 mg/dL.

Ecografía: Se halla una morfología hepática, sin lesiones, con un tamaño adecuado y ecogenicidad correcta. La vesícula biliar presenta paredes delgadas. Con un cálculo de 10.5 mm que hace sombra acústica posterior. Confirmando el diagnóstico colecistitis crónica calculosa, se programa para cirugía electiva.

## **Diagnóstico definitivo**

1. Colecistitis crónica calculosa.

## **Tratamiento**

- Nada por vía oral
- Cloruro de sodio al 0.9% 1000cc 30 gotas por minuto.
- Cefazolina 1 gr por vía endovenosa pre sala de operaciones.
- Ranitidina 50 mg vía endovenosa cada 8 horas.
- Preparar para sala de operaciones.

## **Seguimiento**

En los hallazgos postoperatorios se evidencia vesícula biliar 8x5 cm con paredes delgadas, conducto cístico 3 mm. Luego de la cirugía se pasa a hospitalización, para manejo farmacológico, evaluar la herida operatoria. Luego de dos días de hospitalización la paciente se va de alta.

## **Caso n.º 7**

Varón de 12 años, acude acompañado de su madre a emergencia por presentar dolor abdominal difuso, náuseas y vómitos. Además, presentó deposiciones líquidas durante 03 días previo, pero menciona que hace 02 días

atrás el dolor se ha ido intensificando, este dolor está localizado en fosa iliaca derecha, con persistencia de vómitos y sensación de alza térmica no cuantificada.

**Síntomas principales:** Deposiciones líquidas, dolor abdominal

### **Antecedentes**

- Patológicos: Niega.
- Familiares: Niega.
- Epidemiológicos: Niega.
- Quirúrgicos: Niega.
- Alergias: Niega

### **Funciones vitales**

- Presión arterial: 90/60 mmHg
- Frecuencia respiratoria: 26 rpm
- Temperatura: 37.8°C
- Frecuencia cardiaca: 86 lpm
- Saturación de oxígeno: 99%
- Peso: 45 kg
- Talla: 1,50 cm
- 

### **Examen físico**

- Abdomen: Blando, depresible, plano, ruidos hidroaéreos aumentados, Mc Burney (+), lance (+), obturador (+), dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha

### **Diagnóstico**

1. Síndrome dolor abdominal
2. D/C Abdomen agudo: apendicitis
3. D/C Plastrón apendicular



## **Plan de trabajo**

Se indican exámenes de laboratorios: hemograma, perfil de coagulación, grupo y factor, glucosa, urea, creatinina, hepatitis A, HIV, PCR, serología VDRL. Con resultados interconsulta a cirugía general, nada por vía oral por 02 horas y NaCl 0.9% x1000cc (80cc/h).

Resultados de laboratorio: Hemoglobina 14.1 gr/dL, Plaquetas 360000 mm<sup>3</sup>, PCR 145.2 mg/L, urea 19.9 mg/dL, serología: negativo.

Paciente refiere persistencia del dolor al ser evaluado por el cirujano y sugiere pasar al paciente a hospitalización para observar la evolución de la sintomatología. Se le sugiere un TEM abdominal, pero refiere la madre no contar con los medios suficientes para costear dicho procedimiento de imágenes.

## **Diagnóstico definitivo**

1. Plastrón apendicular

## **Tratamiento**

- Dieta líquida asistida + LAV
- Vía salinizada
- Ciprofloxacino 400 mg vía endovenosa cada 12 horas.
- Metronidazol 500 mg vía endovenosa cada 8 horas.
- Ketoprofeno 100 mg vía endovenosa cada 8 horas.
- Metamizol 1.5 gr. vía endovenosa condicional a T°>38°C
- CFV

## **Seguimiento**

En la hospitalización el paciente refiere persistir con dolor abdominal, náuseas y la enfermería reporta sensación de alza térmica cuantificada (38.3°C) por la noche. Se solicita control de exámenes de laboratorio, hemograma: leucocitos 11 450, hemoglobina 12.7 g/dL, plaquetas 307 000, PCR 143.6 mg/L.

Luego de dos días los síntomas fueron intensificando y los exámenes laboratoriales fueron alterando (leucocitos 14850) por lo que se le ordena una

ecografía abdominal, sus resultados fueron meteorismo intestinal muy incrementado e imagen en relación a plastrón apendicular, por lo tanto, se decide realizar un procedimiento quirúrgico (APENDILAP).

Luego de 05 días post operación, la evolución del paciente fue favorable, en condiciones de alta médica con recomendaciones y cita de control en 07 días.

### **Caso n.º 8**

Paciente femenino de 08 meses de edad, acude con su madre al área de emergencia, refiriendo presentar fiebre (38°C) desde hace 06 días aproximadamente, además menciona que hace aproximadamente 08 días sufrió caída de su cuna (trauma craneal). No presenta vómitos, ni pérdida de conciencia.

**Síntomas principales:** Fiebre

### **Antecedentes**

- Patológicos: Niega.
- Familiares: Niega.
- Epidemiológicos: Niega.
- Quirúrgicos: Niega.
- Alergias: Niega.

### **Funciones vitales**

- Presión arterial: 90/50 mmHg
- Frecuencia respiratoria: 28 rpm
- Temperatura: 38.2°C
- Frecuencia cardiaca: 152 lpm
- Saturación de oxígeno: 98%
- Peso: 7.400 kg
- Talla: 70 cm

### **Examen físico**

- Piel: palidez +/-, normotérmico, llenado capilar <2”.

- TCSC: Edema en región parietal izquierda.
- Cabeza: Hematoma subgaleal blando.
- Orofaringe: Congestiva, no placas.
- Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación.
- SNC: Alerta, fuerza y tono conservado. EG: 15/15, no signos de focalización.

### **Diagnóstico**

1. Hematoma subgaleal izquierda
2. D/C Absceso subgaleal izquierda
3. Anemia moderada
4. D/C Infección urinaria

### **Plan de trabajo**

Se indica hemograma, PCR, examen de orina completo con urocultivo, y se le indica paracetamol 21 gotas vía oral.

Los resultados son: Hemograma; leucocitos 25 310, abastionados 2%, segmentados 39%, linfocitos 48%, monocitos 11%, hemoglobina 7.9 g/dL, plaquetas 514 000, PCR 14 mg/dL. Paciente con hemograma alterado al momento con resultado de examen de orina completo pendiente. Se le realiza drenaje de hematoma y luego se hospitaliza para manejo.

### **Diagnóstico definitivo**

1. Hematoma subgaleal
2. Síndrome febril
3. Anemia microcítica hipocrómica moderada
4. D/C Infección urinaria

### **Tratamiento**

- Lactancia materna a demanda + ablactancia (250 kcal en 03 tomas).
- Vía salinizada.
- Ceftriaxona 300 mg EV c/12 hrs (80 mg/kg/d).
- Oxacilina 200 mg EV c/6h (100 mg/kg/d).
- Metamizol 220 mg EV PRN T°>38°C.
- Seguimiento de Examen de orina completo y urocultivo.

- CFV+ OSA.

### **Seguimiento**

En la hospitalización la paciente presenta notable mejoría, cedió la fiebre ante el tratamiento, el resultado de examen de orina completo fue negativo y quedó pendiente el de urocultivo. La paciente de evolución favorable en su estancia hospitalaria el día 04 fue dada de alta médica con indicaciones y posterior control por consultorio externo en 07 días.

### **1.3 Rotación en Pediatría**

#### **Caso n°9**

Paciente femenina de 08 meses de edad, acude por Emergencia presentando dificultad respiratoria, malestar general, tos productiva, desde hace 02 días. Antecedentes personales: Paciente nacido a las 32 semanas en Hospital de Huaral, es referido a INSN y permanece hospitalizada por 6 meses, por su bajo peso, retraso del desarrollo psicomotriz severa y ano imperforado

#### **Funciones vitales**

- Presión arterial: No fue medido
- Frecuencia respiratoria: 36 rpm
- Temperatura: 37.7° C
- Frecuencia cardiaca: 124 lpm
- Peso: 2.800 kg
- Talla: 50 cm

#### **Examen físico**

Paciente en aparentemente regular estado general, bajo peso (adelgazada)

- Orofaringe: Congestiva
- Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, roncales difusos.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos auscultables.
- Abdomen: Presenta bolsa de colostomía.
- SNC: Activa, responde a estímulos.

## **Diagnóstico**

1. Síndrome Obstructivo Bronquial
2. D/C Neumonía

## **Plan de trabajo**

Se le solicita radiografía de tórax (presentó infiltrado inflamatorio en hemitórax derecho 2/3 inferior) y hemograma dentro de sus valores normales. Se decide hospitalizarla.

## **Diagnóstico definitivo**

1. Síndrome Obstructivo Bronquial: Neumonía Viral Probable
2. Desnutrición proteico calórico severo
3. Retraso del desarrollo psicomotor severo

## **Tratamiento**

- Leche maternizada al 13% 45CC c/3h.
- Dextrosa al 5% 1000cc (CINa 20% y CIK 20%)
- Dexametasona 0.4 mg vía endovenosa cada 8 horas.
- Salbutamol 2 puff con aerocámara cada 3 horas.
- Paracetamol 07 gotas vía oral condicional a T > 38°C
- Cabecera en posición a 30°
- Oxígeno por cánula binasal con saturación de O<sub>2</sub> > 92%
- CFV + OSA

## **Seguimiento**

En hospitalización se le agrega otro fármaco para complementar el tratamiento inicial

- *Bacillus clausii* 1 ampolla bebible vía oral cada 24 horas
- Ceftriaxona 140 mg vía endovenosa cada 12 horas

Debido a que la paciente responde de manera favorable al tratamiento, es dada de alta luego de 09 días de hospitalización y programada para una cita control posterior dentro de una semana.

### **Caso n.º 10**

Paciente masculino de 12 años es traído por su madre al servicio de emergencia por presentar dolor abdominal (tiempo de enfermedad 1 día) localizado en fosa iliaca derecha que se irradia a Mesogastrio e hipogastrio tipo cólico episódica, además cursa con deposiciones líquidas en 10 oportunidades sin moco, ni sangre. Niega vómitos y sensación de alza térmica. La madre además refiere que le administró 01 tableta de trimetropin + sulfametoxazol, 01 tableta de ácido acetilsalicílico. Al no notar mejoría de sus síntomas acude al nosocomio. Niega antecedentes.

**Síntomas principales:** Diarreas, dolor abdominal

### **Funciones vitales**

- Presión arterial: 90/60 mmHg
- Frecuencia respiratoria: 29 rpm
- Temperatura: 37.5°C
- Frecuencia cardiaca: 82 lpm
- Saturación de oxígeno: 96%
- Peso: 35 kg
- Talla: 142 cm
- 

### **Examen físico**

- Abdomen: Blando, depresible, Ruidos hidroaéreos aumentados, Mc Burney (+), Rovsing (+), Psoas (+)

### **Diagnóstico**

1. Síndrome Doloroso Abdominal
2. Diarrea aguda EAD
3. D/C Abdomen agudo quirúrgico
4. D/C Apendicitis

## **Plan de trabajo**

Se le solicita hemograma, PCR, Urea, Creatinina, Examen de orina, Reacción inflamatoria, serológicos y prueba antigénica para SARSCOV2. Paciente persiste con dolor (5/10), tolera vía oral. Es reevaluado con resultados de exámenes auxiliares, previamente se realizó una interconsulta a cirugía general. Los resultados son: reacción inflamatoria positiva con leucocitos >100xc y hematíes 24-26xc, Examen de orina negativo, PCR 0.7 mg/dL. Hemograma: leucocitos 13070 x mm<sup>3</sup>, Neutrófilos 7500, plaquetas 236000, hemoglobina 13.1 gr/dl, TGO 33, TGP 22, por lo cual pasa a hospitalización del servicio de Pediatría.

## **Diagnóstico definitivo**

1. Síndrome doloroso abdominal
2. Enfermedad diarreica aguda Disentérica

## **Tratamiento**

- Dieta blanda a tolerancia + líquidos
- CNa 0.9% 1000 cc x 3 horas, luego queda con vía salinizada
- Ceftriaxona 880 mg vía endovenosa cada 12 horas
- Reposición de pérdidas volumen a volumen con suero de rehidratación oral.
- Paracetamol 500 mg condicional a T>38°C.
- Simeticona 80 mg, 01 tableta vía oral cada 8 horas.
- CFV + BHE + OSA

## **Seguimiento**

En hospitalización el paciente refiere persistir con los síntomas de debilidad en miembros inferiores, dolor abdominal y cursa con episodios de pérdida de visión por un corto periodo, y luego de 04 días menciona que se encuentra constipado. Por lo tanto, se realiza interconsulta a Neurología, Gastroenterología y una referencia para Neurología pediátrica. Luego de ser evaluado por los especialistas, mencionan lo siguiente: Neurología, no encuentra foco aparente. Gastroenterología, solicita una ecografía abdominal

para posteriormente ser reevaluado con resultado. Al no hallar resultados relevantes, prescribe supositorio de glicerina cada 24 horas.

Con el pasar de los días se llega a controlar los episodios de diarreas y temperaturas altas, pero menciona que los otros síntomas se han acentuado como la debilidad muscular de MM.II., por lo cual solicita su alta voluntaria para llevarlo a un especialista en la ciudad de Lima.

### **Caso n.º 11**

Paciente masculino de 1 año es traído por madre al servicio de emergencia por presentar un tiempo de enfermedad de 3 días refiriendo deposiciones líquidas con moco sin sangre en 10 oportunidades, acompañado de vómitos de contenido alimentario, se agrega fiebre de 38,5 C° cuantificada por familiar que cede luego de tomar 7.5 ml de paracetamol (120/5ml). Es traído por persistencia de fiebre y diarrea.

**Síntomas principales:** Diarrea, fiebre, vómitos

Antecedentes perinatales: Fecha de nacimiento: 07/02/2022, fue un parto eutócico atendido en el nosocomio de Chancay, con un peso:3200 kg y talla; 47 cm. Obtuvo un Apgar de 9 al minuto y a los cinco minutos.

### **Funciones vitales**

- FC: 130 lpm
- FR: 22 por minuto
- T°:38,1°C
- Fio: 21%
- SatO2: 99%
- Talla: 104cm
- Peso: 18kg

### **Examen físico**

- Piel y Tejido celular subcutáneo: tibia, poca hidratada, elástica, llenado capilar < 2", no edemas.
- Orofaringe: Eritematosa moderada, no placas



- Tórax y pulmones: No tirajes, murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares.
- Cardiovascular: Ruido cardíaco rítmico. No soplos.
- Abdomen: Plano, RHA: +, no dolor a la palpación.
- SNC: Responde a estímulos, EG: 15/15

### **Diagnóstico**

1. Enfermedad diarreica aguda: Descartar etiología viral o bacteriana.
2. Deshidratación Leve
3. Síndrome febril.
4. Síndrome emético.

### **Plan de trabajo**

Se indica hidratación oral con metamizol 282 mg vía intramuscular para manejo de fiebre. Se solicita: Hemograma completo, PCR, reacción inflamatoria en heces y cultivo de heces.

Resultados de laboratorio: Hemoglobina: 11.6 g/dL, hematocrito: 36.7%, leucocitos: 12 810 x mm<sup>3</sup>, recuento plaquetas: 415 000, reacción inflamatoria en heces: +++ Adenovirus, abastionados: 01 %, coprocultivo: en curso.

Evaluación de paciente con resultados de laboratorio confirmando etiología viral del cuadro de diarreas pese que el paciente tolera vía oral y ya no cursa con cuadro febril persiste las deposiciones líquidas por lo cual la médico a cargo indica la hospitalización para manejo.

### **Diagnóstico definitivo**

1. Diarrea viral: Adenovirus

### **Tratamiento**

- Dieta blanda + líquidos a voluntad.
- Vía salinizada
- Reposición volumen a volumen de pérdidas por cada deposición líquida con cloruro de sodio al 0.9% por vía endovenosa.
- *Bacillus clausii* 01 ampolla vía oral cada 24 horas.

- Paracetamol 150 mg vía oral condicional a fiebre (>38°C)
- Se hospitaliza.
- CFV + BHE

### **Seguimiento**

Paciente presenta mejoría clínica a los tres días de iniciar medicación en el piso de hospitalización. Presenta disminución en episodios diarreicos y tolerar vía oral. Es dado de alta con tratamiento para casa y programada para consulta en 7 días.

### **Caso n.º 12**

Paciente femenina de 1 mes es traída al servicio de emergencia por madre refiriendo tiempo de enfermedad de 5 horas presentó congestión nasal en el mañana acompañado de irritabilidad y llanto. Se encuentra con una temperatura de 38.7 c° en triaje.

**Síntomas principales:** fiebre e irritabilidad.

**Antecedentes perinatales:** Fecha de nacimiento: 19/06/2023, fue atendido en el hospital de Chancay, en sala de parto ya que fue vaginal. Peso 3420 kg con una talla de 48 cm. Apgar al minuto 9 puntos y a los 5 minutos 9 puntos.

### **Funciones vitales**

- FC: 140 lpm
- FR: 32 rpm
- T°: 38,7°C
- Fio: 21%
- SatO<sub>2</sub>: 99%
- Talla: 60 cm
- Peso: 5.500kg

### **Examen físico**

- Piel y TCSC: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2", no edemas.
- Tórax y Pulmones: MV pasa por ambos campos pulmonares.

- Cardiovascular: Ruidos cardiacos de buena intensidad.
- Abdomen: Globuloso, RHA (+), no dolor a la palpación.
- SNC: Responde a estímulos, no signos meníngeos.

### **Diagnóstico**

1. Síndrome febril
2. Descartar Infección en Tracto Urinario (ITU)

### **Plan de trabajo**

Se indica administrar vía oral paracetamol (100mg/ml) 16 gotas y además solicita hemograma completo, PCR y examen de orina.

Resultados de laboratorio: Hemoglobina: 11.5 g/dL, hematocrito: 35.6%, leucocitos: 17 000 x mm<sup>3</sup>, PCR: Positivo, reacción inflamatoria en heces: +++ Adenovirus. Examen de orina: Leucocituria 100 por campo, hematuria: 2 - 4 por campo, gérmenes: ++.

Se reevalúa paciente con resultados de laboratorio donde se confirma el diagnóstico de ITU y se decide hospitalizar a la paciente para manejo antibiótico, se solicita urocultivo.

### **Diagnóstico definitivo**

1. Infección del tracto urinario

### **Tratamiento**

- Lactancia materna exclusiva
- Vía salinizada
- Ceftriaxona 27 mg vía endovenosa cada 12 horas.
- *Bacillus clausii* 01 ampolla vía oral cada 24 horas.
- Paracetamol 100mg/ml 16 gotas vía oral condicional a fiebre (>38°C).
- CFV+OSA
- Se indica urocultivo

## **Seguimiento**

Paciente presenta mejoría clínica luego de haber estado hospitalizada 5 días, con resultados de urocultivo de *escherichia coli* positivo y sensible al antibiótico que estaba recibiendo. Es dada de alta con signos de alarma y programada para una cita control en 7 días.

## **1.4 Rotación en Ginecología y Obstetricia**

### **Caso n.º 13**

Mujer de 23 años con 40 semanas 0/7 de gestación, ingresa a emergencia por contracciones uterina, niega pérdida de sangrado vaginal, indica pérdida de tapón mucoso hace 1 hora aproximadamente. Niega pérdida de líquido, percibe movimientos fetales. Niega antecedentes personales

**Síntomas principales:** Contracciones, intensas ganas de pujar.

### **Antecedentes obstétricos**

- Menarquia: 14 años
- G4P2012
- IRS: 16 años
- MAC: Ampolla mensual
- FUR: 22/03/23
- RC: 4/28 días

### **Funciones vitales**

- PA: 110/ 70 mmHg
- FC: 84 por minuto
- FR: 22 por minuto
- T°: 36,6°C
- Fio: 21%
- SatO<sub>2</sub>: 99%
- Talla: 1.48 cm
- Peso: 62 kg

### **Examen físico**

- Piel y Tejido celular subcutáneo: hidratada, tibia, poco elástica, llenado capilar < 2 segundos,
- Abdomen: Útero grávido, AU: 32 cm; SPP: Longitudinal cefálico izquierdo (LCI); Latidos cardíaco fetales: 137 x´;
- Genito-urinario: Incorporado: 90%, D: 4 cm, altura de presentación: -4, membranas íntegras
- SNC: lúcido, orientado en tiempo y persona, EG: 15/15.

### **Diagnóstico**

1. Gestante 40 0/7 semanas por ecografía del primer trimestre
2. Trabajo de parto fase activa

### **Plan de trabajo**

Se ingresa a paciente a centro obstétrico para evolución espontánea de trabajo de parto. Se indica hemograma completo, urea, creatinina, glucosa, examen de orina, perfil de coagulación, grupo y factor y serología.

Resultados de laboratorio: Hemoglobina: 9.5 gr/dL, hematocrito: 27.2%, leucocitos: 15 750 x mm<sup>3</sup>, recuento plaquetas: 318 000 x mm<sup>3</sup>, grupo y factor: O+, urea: 12.3 mg/dL, creatinina: 0.7 mg/dL, glucosa: 96, perfil de coagulación: Sin alteraciones, tiempo de protrombina: 11", serológicos: No reactiva. Examen de orina: No patológico.

Paciente es evaluada nuevamente luego de tres horas en centro obstétrico por presentar contracciones cada tres minutos, donde al tacto vaginal presenta una dilatación de 8 cm, incorporado de 90% y altura de presentación de -2. Se continúa en evolución espontánea luego de 1 hora se produce un parto eutócico obteniendo un recién nacido masculino, pesando 3090 gr y talla de 46 cm con un Apgar 9/9 al minuto y a los 5 minutos. Alumbramiento dirigido tipo Schultze, con sangrado de 100 cc aproximadamente, donde es monitorizada en el área de puerperio inmediato luego de dos horas es trasladada a hospitalización materno.

### **Diagnósticos finales**

1. Puérpera inmediata de parto vaginal
2. Anemia moderada

### **Tratamiento**

- Nada por vía oral por 3 horas luego dieta completa + líquidos a voluntad.
- Vía salinizada.
- NaCl 0.9% 1000cc + Oxitocina 30 UI por XXX gotas.
- Paracetamol 1 gr cada 8 horas por vía oral.
- Lactancia materna exclusiva + auto masaje uterino
- Control de sangrado vaginal + higiene vulvo perineal.
- CFV+OSA
- Hemoglobina control en 6 horas.

### **Seguimiento**

Paciente en hospitalización continúa tratamiento indicado. Al día siguiente, paciente sin molestias es dada de alta luego de cumplir 48 horas se indica control por consultorio externo de ginecología en siete días.

### **Caso n.º 14**

Paciente femenina de 19 años ingresa a emergencia refiriendo sangrado vaginal desde ayer, acompañado con dolor pélvico moderado de 8/10. Niega amenorrea. Niega antecedentes personales.

**Síntomas principales:** Sangrado vaginal y dolor pélvico.

### **Antecedentes obstétricos**

- Menarquia: 14 años
- G0P0000
- IRS: 19 años
- MAC: Barrera
- FUR: 02/11/23
- RC: 5/30 días

### **Funciones vitales**

- PA:90/ 60
- FC: 80 lpm
- FR: 19 rpm
- T°:36,6°C
- Fio: 21%
- SatO2: 99%
- Talla: 1.46 cm
- Peso: 52 kg

### **Examen físico**

- Piel y Tejido celular subcutáneo: hidratada, tibia, poco elástica, llenado capilar < 2 segundos,
- Tórax y Pulmones: MV pasa correctamente por ambos hemitórax.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos.
- Abdomen: Blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hemiabdomen inferior. No signos peritoneales
- Genito-urinario: Se evidencia sangrado vaginal escaso.
- SNC: LOTEP, EG: 15/15.

### **Diagnóstico**

1. Hemorragia uterina anormal: Descartar hemorragia uterina disfuncional o embarazo ectópico

### **Plan de trabajo**

Se solicita ecografía transvaginal, exámenes prequirúrgicos y Beta HCG cuantitativo.

Resultados de laboratorio: Hemoglobina: 11.0 gr/dL, hematocrito: 33.8%, leucocitos: 15 210 x mm<sup>3</sup>, recuento plaquetas: 259 000 x mm<sup>3</sup>, grupo y factor: O+, urea: 16 mg/dL, creatinina: 0.74 mg/dL, glucosa: 96, perfil de coagulación

sin alteraciones, tiempo de protrombina: 11", serológicos: No reactiva, beta HCG: Positivo 4338. Examen de orina: No patológico.

Ecografía transvaginal: Se informa embarazo ectópico, quiste cervical derecho y hemoperitoneo.

Con resultados de laboratorio e informe de ecografía se decide programar para una salpingectomía izquierda laparoscópica.

### **Diagnóstico definitivo**

1. Embarazo ectópico roto

### **Seguimiento**

Paciente luego de haber sido intervenida quirúrgicamente estuvo hospitalizada por tres días para manejo, luego fue dada de alta con analgésicos y sulfato ferroso, fue citada en 7 días para control correspondiente.

### **Caso n.º15**

Paciente femenina de 32 años de edad, acude al área de emergencia refiriendo que aproximadamente 3 horas antes del ingreso presenta contracciones uterinas cada 3 minutos, percibe movimientos fetales, niega pérdida de líquido amniótico, niega sangrado uterino.

**Síntomas principales:** Contracciones uterinas

### **Antecedentes obstétricos**

- Menarquia: 16 años
- G1P0010
- IRS: 29 años
- MAC: Ninguno
- FUR: 03/11/23
- RC: 5-7/30 días

### **Antecedentes personales**

- Patológicos: Miomatosis uterina



- Familiares: Niega
- Epidemiológicos: Niega
- Quirúrgicos: AMEU por aborto incompleto en el 2022
- Alergias: Niega

### **Funciones vitales**

- Presión arterial: 120/80
- Frecuencia respiratoria: 17
- Temperatura: 36.6 C°
- Frecuencia cardiaca: 86
- Saturación de oxígeno: 97%
- Peso: 64.500 kg
- Talla: 160 cm

### **Examen físico**

- Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos campos pulmonares.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos.
- Abdomen: Útero grávido, tono conservado AU=33cm, SPP=LCD, LCF= 134x', Mov. fetales= presentes, DU=2+/10'
- Genito-urinario: TV: D= 6 cm, B= 90%, AP= -2, MO= íntegras, Pelvis ginecoide.
- SNC:LOTEP, EG:15/15, no signos de focalización.

### **Diagnóstico**

1. Gestante de 39 semanas 5/7 por Ecografía del primer trimestre
2. Fase activa de labor de parto

### **Plan de trabajo**

Se indica ingreso de paciente a centro obstétrico para evolución espontánea de trabajo de parto y se solicita hemograma completo, perfil de coagulación, urea, creatinina, glucosa serología, grupo y factor y examen de orina.

Resultados de laboratorio: Hemoglobina: 15.2 g/dL, hematocrito: 49.4%, leucocitos: 18 600 X mm<sup>3</sup>, recuento plaquetas: 192 000 x mm<sup>3</sup>, grupo y factor:

O+, urea: 15 g/dL, creatinina: 0.84 mg/dL, glucosa: 118, perfil de coagulación: sin Alteraciones, tiempo de protrombina: 6'30", serológicos no reactivo. Examen de orina: No patológico.

Paciente es evaluada nuevamente luego de 90 minutos en centro obstétrico por presentar contracciones cada tres minutos, donde al tacto vaginal presenta una dilatación de 10 cm, incorporado de 100% y altura de presentación de +1. Luego de 1 hora es reevaluada y ya está preparada para entrar a sala de parto, es aquí donde se produce el parto eutócico obteniendo un recién nacido femenino, pesando 3310 gr y talla de 48 cm con un Apgar 9/9 al minuto y a los 5 minutos. Alumbramiento dirigido tipo Schultze, con 300 cc de sangrado aproximadamente, se revisa canal vaginal y se evidencia desgarro de 4° grado, el cual es suturado por planos. Además de realizar reparación del canal vaginal y esfínter con catgut 2.0. Se coloca tapón vaginal ya que las paredes vaginales presentan puntos que se pueden desgarrar al tacto por inicio de edema. Monitorizada en puerperio inmediato por dos horas, luego es trasladada a hospitalización de obstetricia, con evolución lenta favorable, refiere mucho dolor al movimiento mínimo, no puede deambular.

### **Diagnósticos finales**

1. Puérpera inmediata de parto vaginal + desgarro genital de 3° grado.

### **Tratamiento**

- Nada por vía oral por 2 horas luego dieta completa + líquidos a voluntad
- Vía salinizada
- NaCl 0.9% 1000cc + Oxitocina 30 UI por XXX gotas
- Paracetamol 1 gr cada 8 horas por vía oral
- Clindamicina 900 mg vía endovenosa cada 8 horas.
- Ceftriaxona 2g EV c/24 horas
- Dexametasona 4 mg IM STAT
- Se deja tapón vaginal. Retirar en 24 horas.
- Automasaje uterino + Lactancia materna exclusiva
- Control de sangrado vaginal + higiene vulvo perineal
- Control de funciones vitales + observación de signos de alarma

- Hemoglobina control

### **Seguimiento**

Paciente en hospitalización continúa tratamiento indicado, pero menciona excesivo dolor en pelvis por lo tanto se le indica una radiografía de esa zona, el resultado evidencia una diástasis de la sínfisis del pubis. Para eso se le indica deambulaci3n asistida, antibioticoterapia y m3s d3as de hospitalizaci3n as3 evaluar su evoluci3n, paciente con evoluci3n favorable es dada de alta con tratamiento para casa entre ello sulfato ferroso cada 12 horas por 30 d3as y paracetamol condicional a dolor intenso se indica control por consultorio externo de ginecolog3a en 07 d3as.

### **Caso n.º 16**

Paciente femenino de 32 a3os de edad, acude al 3rea Emergencia materno refiriendo dolor de mama derecha, asociado a sensaci3n de alza t3rmica y adem3s presenta dolor lumbar, niega otras molestias. Niega antecedentes personales.

**S3ntomas principales:** Dolor de mama derecha

### **Antecedentes obst3tricos**

- Menarquia: 12 a3os
- G2P2002
- IRS: 18 a3os
- MAC: ampolla

### **Funciones vitales**

- Presi3n arterial: 110/70 mmHg
- Frecuencia respiratoria: 20 rpm
- Temperatura: 38.4°C
- Frecuencia cardiaca: 94 lpm
- Saturaci3n de ox3geno: 97%
- Peso: 61 kg
- Talla: 157 cm

### **Examen físico**

- Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos campos pulmonares.
- Mamas: mama derecha turgente, dolorosa a la palpación, productora de leche materna, no presencia de secreción.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos auscultables.
- Abdomen: Blando, depresible, útero contraído, no doloroso a la palpación.
- SNC: Despierta, EG (15/15), no signos de focalización.

### **Diagnóstico**

1. Mastitis puerperal
2. Puérpera mediata de parto eutócico (11 días)

### **Plan de trabajo**

Se evalúa a paciente con resultados de exámenes de laboratorio solicitado, y son los siguientes: hemoglobina 15.6 g/dL, leucocitos 17 470 mg/dL, abastoados 02%, PCR 177.4 mg/dL, examen de orina 4-6 xC, al momento del examen físico presentaba fiebre(38.4°C) y dolor en la mama derecha, por lo que se indica que pase a hospitalización.

### **Diagnósticos finales**

1. Mastitis puerperal derecha
2. Puérpera mediata de parto eutócico

### **Tratamiento**

- Dieta completa + líquidos a voluntad.
- Vía salinizada.
- Ceftriaxona 2 g vía endovenosa cada 24 hrs.
- Metamizol 1 g vía endovenosa condicional a T°>38°C
- Extracción de leche materna
- Control de funciones vitales
- Se solicita hemoglobina control cada 12 horas

### **Seguimiento**

En hospitalización la paciente evoluciona de manera favorable al tratamiento, en su quinto día de estancia hospitalaria y con antibioticoterapia completa, es dada de alta médica con indicaciones y control por consultorio externo de ginecología en 05 días

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

Llevamos a cabo nuestro internado médico en el Hospital de Chancay y SBS Dr. Hidalgo Atoche López, situado al norte de Lima (1). Este centro de salud es parte de la Dirección de Red de Salud Huaral-Chancay del Gobierno Regional de Lima y tiene como principal objetivo proporcionar servicios de salud especializados, de alta calidad y actualizados tecnológicamente, buscando la plena satisfacción de quienes lo utilizan (1).

El hospital posee una superficie de 6,273 metros cuadrados y está clasificado como nivel II-2 de atención según el MINSA, desde el 7 de junio de 2010 según la Resolución Directoral N°463-06-DG-DESI-DSS-DIRESA-L-2010 (2). La dirección ejecutiva del hospital de Chancay supervisa diversas áreas, que incluyen planificación estratégica, epidemiología y salud ambiental, gestión de calidad y administración, abarcando personal, economía, logística y servicios generales, así como mantenimiento. También tiene una unidad de estadística e informática, apoyo a la docencia e investigación, y seguros. Además, cuenta con departamentos como consulta externa y hospitalización, donde se ofrecen varias especialidades médicas, como medicina interna, cirugía general, neonatología, pediatría, ginecología, obstetricia, neumología y urología, entre otras (2)(3).

En el servicio de Medicina interna, comprende el área de hospitalizados de mayor cantidad de paciente, además tiene un ambiente de aislados para pacientes mayormente frecuente con el diagnóstico de tuberculosis o alguna patología contagiosa. Toda el área de este servicio consta de 18 camas.

En el servicio de Pediatría, comprende 03 sectores, hospitalización, unidad de cuidados intermedios, cuidados intensivos neonatal y alojamiento conjunto. El área de hospitalización cuenta con 12 camas, una cama asignada para unidad de terapia intensiva y una cama para aislados. El área de UCI neonatal está comprendida por 8 cuneros. El área de alojamiento conjunto está comprendida por 18 camas.

En el servicio de Cirugía, comprende de 12 camas además de dos camas en el área de shock trauma para los pacientes de prioridad uno y tres camas en el área de observación.

El servicio de Ginecología y Obstetricia, consta de 03 sectores en hospitalización que comprende 08 camas para el servicio de ginecología, 10 camas para materno y 04 camas para alto riesgo obstétrico.

Entre las funciones que desempeñaban los internos durante este periodo era la elaboración adecuada de historias clínicas, evaluación clínica (inspección, palpación, percusión y auscultación) de los pacientes asignados, a diario visitas hospitalarias, gestionar trámites en relación al manejo del paciente. Además de gestionar la efectividad de las curaciones, exámenes de laboratorios e interconsultas. Las cuales fueron supervisadas por el médico asistente o residente a cargo.

## CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

### 1. Medicina Interna

#### Caso n.º1 Celulitis facial

La celulitis facial es una infección aguda de los tejidos blandos de la cara, caracterizada por eritema, calor localizado, edema y dolor. Esta afección puede ser causada por diversas bacterias, siendo *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus* las más comunes. Se presenta principalmente en individuos con factores de riesgo como diabetes mellitus, inmunosupresión o enfermedades de la piel. La celulitis facial puede tener un inicio repentino y progresión rápida, extendiéndose de la epidermis hasta el tejido subcutáneo y, en casos graves, afectando estructuras más profundas como la fascia y los músculos faciales. Los pacientes suelen experimentar fiebre, malestar general y síntomas locales como sensibilidad al tacto y dolor intenso en el área afectada, como el caso clínico presentado (4).

El diagnóstico de la celulitis facial se basa en la evaluación clínica, con apoyo de análisis de laboratorio en casos necesarios. Señalan que los estudios de imagen, como la ecografía y la tomografía computarizada, pueden ser útiles para evaluar la extensión de la infección y guiar el tratamiento (5).

El tratamiento de la celulitis facial implica el uso de antibióticos, especialmente betalactámicos como la penicilina o cefalosporinas de primera generación, administrados de manera intravenosa en casos severos. Además, se recomienda el manejo de factores predisponentes, como el control adecuado de la glucosa en pacientes diabéticos y la higiene cutánea apropiada (4)(5).

#### Caso n.º2: Pancreatitis aguda

La pancreatitis aguda es una inflamación aguda del páncreas, caracterizada por la activación inapropiada de las enzimas pancreáticas dentro del tejido pancreático. Esto puede resultar en una cascada de eventos inflamatorios y daño tisular, manifestándose clínicamente con dolor abdominal intenso, náuseas, vómitos como el paciente que se desarrolló en el caso además su



dolor era irradiado hacia la zona dorsal, tipo faja. En casos graves, shock y falla multiorgánica (6).

Las causas más comunes de pancreatitis aguda son la litiasis biliar y el consumo excesivo de alcohol. Sin embargo, otras etiologías menos frecuentes incluyen hipertrigliceridemia, traumatismo abdominal y ciertos medicamentos (6).

La pancreatitis aguda se diagnostica en base a la sintomatología del paciente, así como los exámenes de laboratorio que incluyen niveles aumentados de lipasa y amilasa. El diagnóstico definitivo se realiza mediante estudios de imagen como la tomografía computarizada abdominal, que puede mostrar signos característicos de inflamación pancreática y complicaciones asociadas (7).

La indicación inicial implica la hospitalización del paciente, el ayuno, la reposición de líquidos intravenosos y el manejo del dolor. En casos graves con complicaciones, puede ser necesaria la intervención quirúrgica para realizar la necrosectomía o drenar los abscesos (7)(8).

### **Caso n°3: Neumonía basal derecha**

La neumonía es una lesión inflamatoria de uno o ambos campos pulmonares, en respuesta a la llegada de microorganismos a la vía aérea distal y al parénquima. Su histología depende del momento de evolución, del agente causal y de ciertas condiciones del huésped (9).

La neumonía puede ser causada mayormente por bacterias, pero también puede darse por virus, hongos y parásitos. Dentro de los cuales las bacterias más frecuentes son *Streptococcus pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* y *Staphylococcus aureus*. En el caso de infección por *S. aureus* o bacilos gram-negativos (BGN) hay un exudado inflamatorio agudo con intensa infiltración polimorfonuclear, con frecuencia con necrosis y microabscesos; suele haber una fase de organización previa a la resolución. Con frecuencia la lesión afecta a los

bronquiolos y sus espacios aéreos distales de forma parcheada: es la denominada bronconeumonía (9).

El diagnóstico de neumonía generalmente se realiza con un examen físico y una radiografía de tórax. Los análisis de sangre (elevación de leucocitos) pueden ayudar, pero no son esenciales (9)(10).

El tratamiento de las neumonías bacterianas se realiza con antibióticos durante al menos 08 días. Las neumonías adquiridas en la comunidad pueden ser tratadas con antibióticos orales, sin embargo, aquellas que evolucionan mal requieren hospitalización y antibióticos intravenosos, por ejemplo: Amoxicilina con ácido clavulánico, Azitromicina o Claritromicina, Ceftriaxona, Levofloxacino o moxifloxacino (10).

#### **Caso n° 4: Accidente Cerebro Vascular Isquémico (ACV isquémico)**

Ocurre cuando hay una obstrucción que interrumpe o reduce el flujo de sangre a una parte del cerebro. Frecuentemente es causada por un fragmento de placa o un coágulo de sangre, si no se desplaza se llama trombosis, en el caso que migre se llama embolia (11).

Se diagnostica a través de su sintomatología, antecedentes médicos, examen físico y también con los resultados de tomografía computarizada, resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones (11).

El tratamiento para un ACV isquémico, es mediante un activador del plasminógeno tisular (tPA), el cual ayuda a disolver los coágulos de sangre que obstruyen el flujo sanguíneo al cerebro y se administra en un plazo de 3 horas post inicio de sintomatología. También podría hacerse uso de un anticoagulante o fármacos diluyentes de la sangre, como por ejemplo la aspirina y el clopidogrel. La realización de procedimientos médicos sugeridos son la angioplastia y la colocación de una endoprótesis vascular (stunt)(12).

## **2. Cirugía General**

### **Caso n.º5: Apendicitis aguda**

La apendicitis aguda es una inflamación del apéndice vermiforme, una estructura en forma de dedo que se encuentra en la parte inferior derecha del abdomen. Esta condición es una de las causas más comunes de dolor abdominal agudo y requiere tratamiento quirúrgico urgente para evitar complicaciones graves como la perforación y la peritonitis.

La apendicitis aguda se caracteriza por un inicio repentino de dolor abdominal, que suele comenzar alrededor del ombligo y luego se desplaza al cuadrante inferior derecho. Este dolor puede ser acompañado de náuseas, vómitos, anorexia y fiebre. La exploración física revela signos como sensibilidad y defensa en el punto de McBurney, que es un punto específico en el abdomen derecho (13).

Para ayudar en el diagnóstico de la apendicitis aguda, se utiliza la Escala de Alvarado, que es una herramienta clínica de puntuación basada en síntomas, signos y hallazgos de laboratorio. Esta escala asigna puntos a varios parámetros, como el dolor en el cuadrante inferior derecho, la presencia de náuseas y vómitos, la fiebre, la defensa en el punto de McBurney, entre otros (14). La puntuación total ayuda a estratificar el riesgo de apendicitis aguda, siendo una puntuación mayor de 7 puntos indicativa de alta probabilidad de apendicitis (13)(14).

El diagnóstico definitivo de la apendicitis aguda generalmente se realiza mediante estudios de imagen, como la tomografía computarizada abdominal, que puede mostrar inflamación y engrosamiento del apéndice. El tratamiento principal es la apendicectomía, que puede realizarse de manera laparoscópica o abierta, y generalmente resulta en una recuperación sin complicaciones (15).

### **Caso n.º6 Colecistitis crónica calculosa**

La colecistitis crónica calculosa es una enfermedad inflamatoria persistente de la vesícula biliar, asociada con la presencia de cálculos biliares. Esta

condición se caracteriza por episodios recurrentes de dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen, que puede ser intermitente y estar relacionado con la ingesta de comidas grasas.

Los pacientes con colecistitis crónica calculosa suelen experimentar dolor abdominal de intensidad variable, sensación de pesadez después de las comidas, y ocasionalmente náuseas y vómitos. Estos síntomas tienden a persistir durante un período prolongado y pueden afectar la calidad de vida del paciente (16).

La ecografía abdominal es una herramienta diagnóstica fundamental para identificar la presencia de cálculos biliares en la vesícula biliar y los signos de inflamación crónica. En la colecistitis crónica calculosa se observa engrosamiento de la pared vesicular, presencia de cálculos, y en ocasiones, presencia de barro biliar (17).

El tratamiento principal de la colecistitis crónica calculosa es la colecistectomía, que puede realizarse de forma laparoscópica o abierta. Este procedimiento quirúrgico es efectivo para aliviar los síntomas, prevenir la recurrencia de los episodios de dolor y reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo, como la pancreatitis biliar (18).

### **Caso n.º 7: Plastrón apendicular**

El plastrón apendicular es la masa formada a causa de una apéndice perforado, omento mayor y tejidos adyacentes viscerales, delimita el proceso infeccioso y a su vez incrementa la morbilidad del paciente prolongando el tiempo de tratamiento y estadía hospitalaria (19).

El diagnóstico de plastrón apendicular en su mayoría es imagenológico, pero también puede basarse en la clínica (20).

Dentro del tratamiento que se da al plastrón apendicular encontramos la cirugía de urgencia, manejo conservador con cirugía diferida, y manejo conservador sin resolución quirúrgica (20).

### **Caso n.º 8: Hematoma Subgaleal**

El hematoma subgaleal masivo se define como un sangrado profuso en la capa subgaleal del cuero cabelludo, que provoca una acumulación excesiva de hematoma, aumentando progresivamente el tamaño de la circunferencia de la cabeza. Puede relacionarse con el uso de instrumentos en el parto (fórceps o ventosas), otro motivo podría ser un trauma craneal por caída. En general si tienen un volumen escaso, suelen resolverse espontáneamente, de lo contrario se puede recurrir a procedimientos quirúrgicos como por ejemplo la debridación para la extracción de la sangre acumulada en esa zona (21).

## **3.Pediatría**

### **Caso n.º 9: Síndrome obstructivo bronquial**

El síndrome bronquial obstructivo (SBO) consta de una variedad de patologías a nivel respiratorio del lactante con mayor frecuencia, que se caracteriza por la presencia de espiración prolongada y sibilancias (22).

Las causas de SBO se clasifican en 03 grupos: el SBO relacionado a infección viral (causa más común), el asma del lactante y el SBO secundario a otras anomalías (22).

El diagnóstico del SBO es clínico, se puede apoyar de exámenes imagenológicos y laboratoriales, pero es netamente clínico.

El tratamiento del SBO es la administración de broncodilatadores, corticoides o ambos, y se hace uso de scores clínicos específicos para evaluar la evolución terapéutica (22).

### **Caso n.º 10: Enfermedad diarreica disentérica**

Se define como diarrea a la deposición, 03 o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas. Se puede clasificar en: Diarrea aguda, disentería, diarrea persistente (23).

El tratamiento para la enfermedad diarreica disentería es la rehidratación oral a través de sales de rehidratación oral (SRO), consiste en administrar agua y

electrolitos para reponer las pérdidas, este tratamiento se continúa a pesar de que se haya alcanzado la rehidratación adecuada. A su vez, se le puede agregar el tratamiento suplementario con zinc, multivitaminas y minerales (23).

### **Caso n.º11: Enfermedad diarreica aguda por adenovirus**

La enfermedad diarreica aguda por adenovirus es una infección viral común en niños, caracterizada por la aparición súbita de diarrea acuosa, fiebre y malestar general. Los adenovirus son una causa significativa de gastroenteritis viral en la población pediátrica, especialmente en niños menores de 5 años.

Los síntomas típicos de la enfermedad diarreica aguda por adenovirus incluyen diarrea líquida o acuosa que puede ser profusa, dolor abdominal, vómitos y fiebre. En algunos casos, también se pueden presentar síntomas respiratorios como tos y rinorrea (24).

El diagnóstico de la infección por adenovirus se realiza típicamente mediante pruebas de detección viral en muestras de heces. Estas pruebas pueden incluir técnicas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para detectar el material genético del adenovirus en las heces del paciente.

El manejo de la enfermedad diarreica aguda por adenovirus en pediatría generalmente es de soporte, enfocado en la rehidratación oral y el control de los síntomas. En casos severos o en pacientes con riesgo de deshidratación, puede ser necesaria la hospitalización para la administración de líquidos intravenosos (25).

### **Caso n.º 12: ITU**

La infección del tracto urinario en pediatría se refiere a la presencia de microorganismos patógenos en las vías urinarias, que puede involucrar la vejiga (cistitis) o los riñones (pielonefritis). Es una de las infecciones bacterianas más comunes en niños y puede presentarse con una variedad de síntomas, que varían según la edad del paciente.

Según la Sociedad de Nefrología Pediátrica, los síntomas clásicos de una ITU en niños pueden incluir fiebre, dolor o ardor al orinar (disuria), necesidad frecuente de orinar (polaquiuria), urgencia urinaria, dolor en la parte baja del abdomen y cambios en el olor o color de la orina. En los lactantes y niños pequeños, los síntomas pueden ser más inespecíficos, como irritabilidad, falta de apetito o vómitos (26).

El diagnóstico de ITU en pediatría se basa en la presencia de síntomas clínicos y la confirmación mediante pruebas de laboratorio, como el análisis de orina y el urocultivo. La Sociedad de Nefrología Pediátrica (2018) recomienda que se realice un urocultivo en todos los niños con sospecha de ITU, y se considera una ITU cuando se encuentra una cantidad significativa de bacterias en la orina (26).

El tratamiento de la ITU en pediatría generalmente implica el uso de antibióticos adecuados según el agente causal y la sensibilidad a los antimicrobianos. Es importante realizar un seguimiento adecuado para asegurar la resolución de la infección y prevenir recurrencias. En algunos casos, puede ser necesaria una evaluación más profunda para investigar posibles anomalías anatómicas o factores predisponentes (26)(28).

#### **4. Ginecología y Obstetricia**

##### **Caso n.º13: Trabajo de parto**

El trabajo de parto se define como el proceso fisiológico mediante el cual el útero se contrae de manera progresiva y coordinada para dilatar el cuello uterino y permitir la expulsión del feto y las membranas. El parto eutócico se refiere a un trabajo de parto y parto normales y sin complicaciones, caracterizado por una progresión adecuada de las contracciones uterinas y la dilatación cervical.

El trabajo de parto se divide en dos fases principales: la fase pasiva y la fase activa. Durante la fase pasiva, las contracciones uterinas son generalmente menos intensas y ocurren a intervalos irregulares, lo que permite una

dilatación cervical lenta pero progresiva. Esta fase puede durar varias horas, especialmente en mujeres primíparas (29).

Durante la fase activa del trabajo de parto, las contracciones uterinas se vuelven más frecuentes, intensas y prolongadas, lo que conduce a una dilatación cervical más rápida. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que la fase activa comienza cuando la dilatación cervical alcanza los 4 centímetros. En este punto, el trabajo de parto suele acelerarse, y se espera una dilatación cervical de aproximadamente 1 centímetro por hora en mujeres primíparas y de 1.2 centímetros por hora en mujeres multíparas (30).

Durante el parto eutócico, se espera una progresión continua y constante del trabajo de parto, con una adecuada dilatación cervical y una presentación fetal que se adapta bien a la pelvis materna. La monitorización continua de la madre y el feto es esencial para detectar cualquier signo de complicaciones y tomar las medidas necesarias para garantizar un parto seguro y exitoso.

#### **Caso n.º14: Embarazo ectópico**

El embarazo ectópico es una condición en la cual el óvulo fecundado se implanta y comienza a crecer fuera del útero, generalmente en una de las trompas de Falopio. Esta es una situación potencialmente grave que puede causar complicaciones serias para la mujer, como hemorragia interna y ruptura de la trompa (31).

Los síntomas típicos de un embarazo ectópico pueden incluir dolor abdominal bajo y agudo, especialmente en un lado del abdomen, sangrado vaginal anormal, mareos o desmayos y dolor en el hombro debido a la irritación del diafragma por la hemorragia interna (31).

El diagnóstico temprano y preciso del embarazo ectópico es crucial para evitar complicaciones graves. Las pruebas de embarazo positivas junto con los síntomas mencionados pueden alertar al médico sobre la posibilidad de un embarazo ectópico. La ecografía transvaginal es una herramienta de



diagnóstico clave para confirmar la ubicación del saco gestacional fuera del útero.

El tratamiento del embarazo ectópico generalmente implica la interrupción del embarazo anormal para prevenir complicaciones graves. Según la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva, las opciones de tratamiento pueden incluir la administración de un medicamento llamado metotrexato para detener el crecimiento del saco gestacional, o en casos más graves, cirugía laparoscópica para extirpar el embarazo ectópico (32).

Es importante destacar que el diagnóstico y tratamiento oportunos del embarazo ectópico son fundamentales para preservar la salud y la fertilidad de la mujer (33).

#### **Caso n.º 15: Desgarro perineal de 3er Grado**

Es una lesión que ocurre durante el parto, y frecuentemente causa dolor perineal crónico, dispareunia, incontinencia fecal e incontinencia urinaria.

Se puede clasificar en: 1º grado, lesión de piel perineal, 2º grado, lesión de músculos del periné sin afectar esfínter anal, 3º grado, lesión del esfínter anal, 4º grado, lesión del esfínter anal y la mucosa rectal. En el caso específicamente del desgarro de 3º grado se subdivide en: 3a. Lesión del esfínter externo <50% grosor, 3b. Lesión del esfínter externo >50% grosor, 3c. Lesión de esfínter externo e interno

En el tratamiento de la lesión 3a se hace uso de una cefalosporina de 2º o 3º generación vía endovenosa o vía intramuscular (dosis única). En el tratamiento de la lesión 3b y 3c se hace uso de cefuroxima 250mg/12h + metronidazol 500mg/8h durante 5 días (34).

#### **Caso n.º16: Mastitis puerperal**

La mastitis puerperal es la inflamación de uno o más lóbulos de la glándula mamaria con o sin infección. Se presenta comúnmente en el periodo inmediato al parto y se prolonga en 06 a 08 semanas (35).

El factor de riesgo más frecuente es tener como antecedente mastitis en algún embarazo anterior (35).

La clínica que presentan son el dolor en la zona mamaria acompañado de signos inflamatorios como son el calor, rubor y eritema. Se le agrega a estos síntomas las temperaturas superiores a 38.5°C, malestar general, náuseas (35). El diagnóstico de la mastitis puerperal es netamente clínico, es decir identificar dos a más síntomas mamarios como por ejemplo dolor intenso, enrojecimiento o la presencia de algún bulto. Se puede apoyar de exámenes de laboratorios en los cuales debe evidenciarse leucocitosis, neutrofilia con desviación izquierda y la elevación de la velocidad de sedimentación globular. También puede hacerse uso de estudio de imagen como es el ultrasonido (36). En el tratamiento de mastitis puerperal se indica la extracción de la leche materna de manera continua, ya sea manual o con la lactancia frecuente. También se administra antibióticos (dicloxacilina, cefalexina o cefradina) para la sintomatología, siempre prescrita y supervisada por un médico especialista (36).

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

Durante el internado médico que duró diez meses, hemos tenido la oportunidad de sumergirnos en el mundo práctico de la medicina, enfrentando desafíos y responsabilidades que han contribuido significativamente a nuestro desarrollo profesional y personal. Esta experiencia ha sido un camino de aprendizaje continuo, donde hemos podido poner en práctica los conocimientos adquiridos en la universidad y desarrollar habilidades clínicas cruciales para nuestra futura carrera como médico.

Uno de los aspectos más destacados del internado ha sido el aporte obtenido en cada una de las cuatro áreas, que ha sido Medicina Interna. Trabajar en la sala de hospitalización, nos ha permitido atender a pacientes con una variedad de enfermedades, desde patologías comunes hasta casos más complejos y poco frecuentes. Esta experiencia nos ha enseñado a tomar decisiones rápidas y fundamentadas, a interpretar resultados de laboratorio y a coordinar el manejo integral de los pacientes junto con el equipo médico multidisciplinario.

En cirugía general en esta rotación, pudimos presenciar y participar en una variedad de procedimientos quirúrgicos, desde cirugías de apendicectomía y colecistectomía hasta procedimientos más complejos como cirugías de urgencia por trauma. Cada cirugía representaba un desafío único y una oportunidad invaluable para aprender no solo las técnicas quirúrgicas, sino también aspectos fundamentales como el manejo preoperatorio, la toma de decisiones en el quirófano y la atención postoperatoria. Esta rotación fue crucial para mejorar las habilidades técnicas y la comprensión de la anatomía. La oportunidad de realizar suturas, realizar incisiones y participar en la manipulación de tejidos nos permitió adquirir destrezas prácticas que serán fundamentales en mi futura práctica médica. Participamos en reuniones de discusión de casos, exposiciones sobre las patologías frecuentes, presentamos informes sobre la evolución de los pacientes y colaboración estrechamente con los residentes y cirujanos en la toma de decisiones clínicas.

Durante la rotación en pediatría y neonatología, experimentamos la maravilla y la complejidad de la atención infantil. Desde el cuidado de recién nacidos en alojamiento conjunto hasta el manejo de enfermedades pediátricas. Realizamos exposiciones diarias bajo la supervisión de los residentes y médicos asistentes, aprendimos a realizar evaluaciones pediátricas completas, a interpretar síntomas, las dosificaciones de medicamentos y a comunicarnos eficazmente con los padres. Esta experiencia nos enseñó la importancia de la empatía, la paciencia y la compasión en la medicina pediátrica.

La última rotación en Ginecología y obstetricia desarrollamos la atención de consultas ginecológicas hasta partos y cesáreas con la supervisión de los residentes y médicos asistentes, cada experiencia fue única y enriquecedora. Aprendimos a realizar exámenes ginecológicos completos, a interpretar resultados de ultrasonido y a acompañar a las mujeres durante el embarazo con los controles prenatales. La empatía y la comunicación efectiva fueron fundamentales para establecer una relación de confianza con las pacientes. Esta rotación me enseñó la importancia de la atención integral y el respeto por la autonomía y la dignidad de las mujeres en cada etapa de su vida.

En cuanto al juicio sobre la realidad, he sido testigo de las condiciones en las que muchos pacientes del distrito reciben atención médica. La falta de recursos y la sobrecarga de trabajo son desafíos constantes que enfrentamos día a día. Sin embargo, también he sido testigo del compromiso y dedicación del personal médico y de enfermería, quienes hacen todo lo posible para brindar la mejor atención posible a pesar de las limitaciones.

Hemos aprendido a manejar situaciones de emergencia y a trabajar bajo presión, siempre manteniendo la calma y el enfoque en el bienestar del paciente.

El desarrollo profesional durante el internado ha sido exigente pero gratificante. He tenido la oportunidad de trabajar en diferentes áreas, lo que me ha permitido ampliar mi conocimiento y mejorar mis habilidades clínicas.

Además, hemos participado en jornadas de capacitación y conferencias médicas realizadas por el cuerpo médico del hospital, que han enriquecido nuestra formación y me han mantenido actualizado con los avances en la medicina.

La experiencia obtenida durante el internado médico en un hospital de Lima provincias ha sido una etapa fundamental en nuestra formación como médico. He enfrentado desafíos, aprendido lecciones valiosas y contribuido al bienestar de los pacientes. Lo cual ha fortalecido nuestra vocación por la medicina y nos ha preparado para enfrentar los desafíos y responsabilidades que vendrán en el futuro.

## CONCLUSIONES

1. El internado brinda la oportunidad de aplicar los conocimientos adquiridos en la universidad en situaciones clínicas reales. Esto no solo refuerza el aprendizaje, sino que también desarrolla habilidades prácticas esenciales para la práctica médica.
2. Las rotaciones en diferentes áreas médicas permiten el desarrollo de habilidades clínicas específicas, desde el manejo de pacientes pediátricos hasta la participación en atención de parto. Estas habilidades son cruciales para proporcionar una atención médica efectiva y de calidad. Además presenta desafíos emocionales y físicos. La carga de trabajo, la responsabilidad directa sobre los pacientes y las situaciones médicas difíciles pueden ser abrumadoras. Sin embargo, estas experiencias también fomentan la resiliencia y la capacidad de manejar situaciones complejas.
3. El trabajo con equipos multidisciplinarios y la comunicación efectiva con colegas, pacientes y familias son aspectos clave del internado. Se aprende a colaborar, compartir responsabilidades y tomar decisiones en conjunto para el beneficio del paciente. Al estar en contacto directo con pacientes de diferentes contextos y condiciones de salud, se obtiene una comprensión más profunda de las realidades de la salud. Se toma conciencia de las inequidades en el acceso a la atención médica y la importancia de abogar por una atención equitativa y accesible para todos.
4. Se puede concluir, que el internado médico es una experiencia transformadora que prepara a los futuros médicos para afrontar los desafíos y responsabilidades de la práctica médica. Proporciona no solo conocimientos clínicos y habilidades prácticas, sino también valores éticos, resiliencia y comprensión de las realidades de la salud. Es un período intenso de aprendizaje y crecimiento personal que deja una marca indeleble en la formación de cada médico.

## RECOMENDACIONES

1. Para los futuros internos de medicina que se preparan para realizar su internado médico, mantener una actitud de aprendizaje continuo y estar abierto a nuevas experiencias y conocimientos.
2. Practicar habilidades clínicas básicas como la toma de signos vitales, la historia clínica y el examen físico.
3. Observar y aprender de los médicos y residentes más experimentados durante las rondas y procedimientos.
4. Mejorar las habilidades de comunicación con pacientes, familiares y miembros del equipo de salud y aprender a escuchar de manera empática y a transmitir información médica de manera clara y comprensible.
5. Participar activamente en actividades académicas, conferencias y sesiones de formación brindada por los médicos asistente y residentes; aprovecha la oportunidad de aprender de ellos, hacer preguntas y recibir retroalimentación sobre tu desempeño.
6. Buscar oportunidades para realizar procedimientos prácticos y aprender de casos clínicos diversos.
7. Finalmente, el internado puede ser exigente en términos de carga de trabajo y responsabilidades. Aprende a gestionar el tiempo de manera eficaz, establece prioridades y mantén un equilibrio saludable entre el trabajo y el descanso.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Información institucional [Internet]. Gob.pe. [citado el 9 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/hchancay/institucional>
2. Hospital de Chancay [Internet]. Hospital. [citado el 12 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://www.hospitaldechancay.gob.pe/page.php?i=33&c=v2X585iMpKbkplI1cMqO2A>
3. Organigrama del Hospital de Chancay - Búsqueda de Google [Internet]. Google.com. [citado el 12 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://www.google.com/search?sca\\_esv=fba0bcd70528a2c8&rlz=1C1CHZN\\_esPE1015PE1015&sxsrf=ACQVn08BzR\\_fvA6juJB8Sy3dJWbaC8EUtA:1710222639449&q=organigrama+del+hospital+de+chancay&tbm=isch&source=lms&prmd=insvmbtz&sa=X&ved=2ahUKEwjo2qTng-6EAxVVIJUCHbZFAzEQ0pQJegQICBAB&biw=1366&bih=625&dpr=1](https://www.google.com/search?sca_esv=fba0bcd70528a2c8&rlz=1C1CHZN_esPE1015PE1015&sxsrf=ACQVn08BzR_fvA6juJB8Sy3dJWbaC8EUtA:1710222639449&q=organigrama+del+hospital+de+chancay&tbm=isch&source=lms&prmd=insvmbtz&sa=X&ved=2ahUKEwjo2qTng-6EAxVVIJUCHbZFAzEQ0pQJegQICBAB&biw=1366&bih=625&dpr=1)
4. Linas C, Diaz R, Oliva ME, Gabastou JM, Pujol M. Celulitis facial: incidencia, características clínicas y resultado del tratamiento en un hospital de tercer nivel. (Baltimore). 2014 Sep;93(12):e76. doi: 10.1097/MD.0000000000000076. PMID: 25232813.
5. Fernández-Torres R, Callejas-González FJ, Torres-González R, Robles-Vidal CD, Gutiérrez-Espinosa G, Medina-De la Garza CE. Manejo de la celulitis facial en urgencias: ¿sigue siendo un misterio? Mundo J Emerg Med. 2019;10(2):105-110. doi:10.5847/wjem.j.1920-8642.2019.02.002.
6. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Clasificación de pancreatitis aguda-2012: revisión de la clasificación de Atlanta y definiciones por consenso internacional. Gut. 2013 Enero;62(1):102-11. doi: 10.1136/gutjnl-2012-302779. PMID: 23100216.
7. Ahmed Ali U, Issa Y, Hagenars JC, et al. Riesgo de pancreatitis recurrente y progresión a pancreatitis crónica después de un primer episodio de pancreatitis aguda. Clin Gastroenterol Hepatol. 2016 Jul;14(7):738-46. doi: 10.1016/j.cgh.2015.10.012. Epub 2015 Oct 22..
8. Krishna SG, Kamboj AK, Hart PA, et al. La epidemiología cambiante de las hospitalizaciones por pancreatitis aguda: una década de tendencias y el



- impacto de la pancreatitis crónica. *Páncreas*. 2017 Oct;46(9):482-488. doi: 10.1097/MPA.0000000000000877. PMID: 28902796.
9. Martínez CJÁ. NEUMONÍAS: CONCEPTO, CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL [Internet]. Neumomadrid.org. [citado el 11 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://www.neumomadrid.org/wp-content/uploads/monogix\\_1\\_neumonias-concepto.pdf](https://www.neumomadrid.org/wp-content/uploads/monogix_1_neumonias-concepto.pdf)
  10. Pinheiro P. Neumonía: qué es, síntomas, causas y tratamiento [Internet]. MD.Saúde. 2015 [citado el 11 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.mdsaude.com/es/neumologia/neumonia/>
  11. Accidente cerebrovascular [Internet]. MayoClinic.org. 2024 [citado el 11 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/stroke/symptoms-causes/syc-20350113>
  12. Bezerra a. Clarisse. ACV isquémico: síntomas, causas y tratamiento [Internet]. Tua Saúde. 2021 [citado el 11 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.tuasaude.com/es/acv-isquemico/>
  13. Carr NJ. La patología de la apendicitis aguda. 2016 Dec;24: 18-21. doi: 10.1016/j.anndiagpath.2016.08.008. Epub 2016 Aug 23. PMID: 27816164.
  14. Rothrock SG, Pagane J. Apendicitis aguda en niños: diagnóstico y tratamiento en urgencias. *Ann Emerg Med*. 2015 Feb;65(2): 134-141.e1. doi: 10.1016/j.annemergmed.2014.04.022. Epub 2014 Jun 18. PMID: 24953911.
  15. Tsai CC, Lee SY, Wang CC, et al. Evaluación de la apendicitis aguda mediante tomografía computarizada sin contraste en ancianos. *J Chin Med Assoc*. 2019 Jun;82(6): 475-479. doi: 10.1097/JCMA.0000000000000116.
  16. García-Álvarez M, Martínez-Albertos JL, Fernández-Esparrach G, et al. Características clínicas y radiológicas de la colecistitis crónica calculosa. *Rev Esp Enferm Dig*. 2019 Mar;111(3): 179-185. doi: 10.17235/reed.2019.5927/2018. PMID: 30768994.
  17. Rodríguez-Hermosa JI, Bellolio F, Martín A, et al. Pancreatitis biliar: Una complicación poco frecuente de la colecistitis crónica calculosa. *Cir Esp*. 2018 Dec;96(10): 644-649. doi: 10.1016/j.ciresp.2018.09.006. Epub 2018 Oct 25..
  18. Kwon AH, Matsui Y, Yamauchi A, et al. Actualización en el manejo de la colecistitis aguda y crónica: Una revisión basada en la evidencia. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2018 Oct;25(10): 406-418. doi: 10.1002/jhbp.574.

19. Valenzuela CL, Fernández DHF. Diagnóstico y tratamiento del plastrón apendicular [Internet]. *Revistademedicinayhumanidadesmedicas.cl*. [citado el 12 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://revistademedicinayhumanidadesmedicas.cl/ediciones/2019/numero\\_unico/06\\_Diagnostico%20y%20tratamiento%20del%20plastron%20apendicular.pdf](https://revistademedicinayhumanidadesmedicas.cl/ediciones/2019/numero_unico/06_Diagnostico%20y%20tratamiento%20del%20plastron%20apendicular.pdf)
20. Samuel M, Hosie G, Holmes K. Evaluación prospectiva del tratamiento quirúrgico versus no quirúrgico de la masa apendicular. *J Pediatr Surg*. Junio de 2002; 37 (6): 882–6.
21. Santín-Amo JM, Gelabert-González M, Villa-Fernández JM, Castro-Bouzas D, Serramito-García R, García-Allut A. Hematoma subgaleal crónico en un lactante: Presentación de un caso. *Neurocirugia (Astur)* [Internet]. 2011 [citado el 12 de marzo de 2024];22(3):261–3. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-14732011000300007](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-14732011000300007)
22. Bello O, Sehabiague G, Benítez P, López A, Lojo R. Síndrome bronquial obstructivo del lactante. Manejo ambulatorio: Experiencia en la Unidad de Terapia Inhalatoria del Departamento de Emergencia Pediátrica del Centro Hospitalario Pereira Rossell. *Arch Pediatr Urug* [Internet]. 2001 [citado el 12 de marzo de 2024];72(1):12–7. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-12492001000100003](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492001000100003)
23. Farthing M, Salam MA, Lindberg G, Dite P, Khalif I, Salazar-Lindo E, et al. Acute diarrhea in adults and children: A global perspective. *J Clin Gastroenterol* [Internet]. 2013;47(1):12–20. Disponible en: <https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2013n300007.pdf>
24. Nguyen TH, Le Dang H, Le NT, et al. Molecular Epidemiology of Human Adenovirus Associated with Acute Gastroenteritis in Children Hospitalized with Diarrhea in Southern Vietnam. *J Med Virol*. 2019 Jul;91(7):1245-1253. doi: 10.1002/jmv.25442. Epub 2019 Apr 22.
25. Soares LP, Silveira TR, Martins AS, et al. Outbreak of Acute Diarrhea by Adenovirus Genotypes 40 and 41 in a Daycare Center in Rio de Janeiro, Brazil. *J Pediatr (Rio J)*. 2017 Nov - Dec;93(6): 607-613. doi: 10.1016/j.jpmed.2017.03.004. Epub 2017 May 24.

26. Sociedad de Nefrología Pediátrica. Recomendaciones de la Sociedad de Nefrología Pediátrica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la infección del tracto urinario en pediatría. *Acta Pediatr Esp.* 2018;76(2):101-110.
27. Montini G, Tullus K, Hewitt I. Infecciones febriles del tracto urinario en niños. *N Engl J Med.* 2011;365(3):239-250. doi:10.1056/NEJMra1007755.
28. Roberts KB; Subcomité de Infecciones del Tracto Urinario, Comité Directivo de Mejora y Gestión de la Calidad. Infección del tracto urinario: guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la ITU inicial en lactantes febriles y niños de 2 a 24 meses. *Pediatrics.* 2011;128(3):595-610. doi:10.1542/peds.2011-1330. PMID: 21873693.
29. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, et al. Patrones contemporáneos de trabajo de parto espontáneo con resultados neonatales normales. *Obstet Gynecol.* 2010 Dec;116(6):1281-1287. doi:10.1097/AOG.0b013e3181fd4ddd.
30. Souza JP, Gülmezoglu AM, Vogel J, et al. Más allá de las intervenciones esenciales para la reducción de la mortalidad materna (encuesta multipaís de la OMS sobre salud materna y neonatal): un estudio transversal. *Lancet.* 2013 May 18;381(9879):1747-1755. doi:10.1016/S0140-6736(13)60686-8. PMID: 23683641.
31. Hajenius PJ, Mol F, Mol BWJ, et al. Intervenciones para el embarazo ectópico tubárico. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;10(10):CD000324. doi:10.1002/14651858.CD000324.pub3.
32. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos; Comité ACOG de Boletines de Práctica-Ginecología. Boletín de práctica ACOG No. 193: Embarazo ectópico tubárico: diagnóstico y tratamiento. *Obstet Gynecol.* 2018 Dec;132(6):e174-e187. doi:10.1097/AOG.0000000000002999. PMID: 30461693.
33. Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá. Guías de práctica clínica: Embarazo ectópico: diagnóstico y tratamiento. *J Obstet Gynaecol Can.* 2019 Mar;41(3):e56-e74. doi:10.1016/j.jogc.2018.11.001.
34. [portal.medicinafetalbarcelona.org](https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/lesiones-perineales-de-origen-obstetrico.pdf). [citado el 12 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/lesiones-perineales-de-origen-obstetrico.pdf>

35. Bonilla Sepúlveda ÓA. Mastitis puerperal. Med UPB [Internet]. 2019;38(2):140–6. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1023409/medicina-38-2-art-5.pdf>
36. Pinheiro P, Campos DR. Mastitis: qué es, fotos, síntomas y tratamiento [Internet]. MD.Saúde. 2023 [citado el 12 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.mdsaude.com/es/ginecologia-es/mastitis/>