

NOMBRE DEL TRABAJO

CONOCIMIENTOS, HABILIDADES Y EXPERIENCIA ADQUIRIDOS INTERNADO MÉDICO EN HOSPITAL MILITAR CENTRAL 202

AUTOR

MELANIE CELIA CABRERA CAMPOS

RECUENTO DE PALABRAS

13526 Words

RECUENTO DE CARACTERES

77749 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

64 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.2MB

FECHA DE ENTREGA

May 10, 2024 2:41 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

May 10, 2024 2:43 PM GMT-5

● 18% de similitud general

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

- 18% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CONOCIMIENTOS, HABILIDADES Y EXPERIENCIA ADQUIRIDOS
INTERNADO MÉDICO EN HOSPITAL MILITAR
CENTRAL 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

MELANIE CELIA CABRERA CAMPOS

ASESOR

MG. CARLOS SOTO LINARES

LIMA – PERÚ

2024

DEDICATORIA

A mi familia y a quienes me apoyaron en cada paso del camino formando parte importante de mi formación académica y personal.

1 INDICE

	Págs
Portada	i
Dedicatoria	ii
Índice	iii
Resumen	iv
Abstract	v
INTRODUCCION	vi
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
Cirugía general	1
Pediatría	9
Medicina Interna	14
Gineco-Obstetricia	19
CAPÍTULO II. APLICACIÓN PROFESIONAL	25
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	26
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA	38
1 V. CONCLUSIONES	39
VI. RECOMENDACIONES	41
VII. FUENTES DE INFORMACIÓN	43
ANEXOS	

RESUMEN

Introducción: El internado médico puede considerarse como un año clave en el recorrido académico de cada estudiante universitario. Sirve como un período crucial para consolidar, reforzar e implementar los conocimientos y habilidades clínicas adquiridas durante las cuatro rotaciones en especialidades esenciales: Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía General y Pediatría. A pesar de las interrupciones causadas por la pandemia de SARS-CoV-2, le corresponde al interno aprovechar al máximo estas rotaciones, adaptándose a las dinámicas alteradas de esta etapa.

Objetivos: Relatar las experiencias y conocimientos adquiridos durante el internado en el Hospital Militar Central, donde el programa implicaba la presentación y elaboración de casos clínicos específicos para cada especialidad médica.

Metodología: La información compartida proviene de las experiencias directas de los autores, recopilada minuciosamente a través del examen detallado de historias clínicas y entrevistas perspicaces con los pacientes involucrados en los casos presentados. El desarrollo del contenido se adhiere a los principios de la medicina basada en evidencia, garantizando una perspectiva completa y bien fundamentada.

Conclusiones: El internado médico marca la fase final en el camino de cada futuro médico, siendo un momento crucial en el que el conocimiento previo se fusiona con las percepciones adquiridas en diversos entornos educativos, dando forma de manera significativa al desarrollo de los internos. Se hace hincapié en cultivar habilidades interpersonales, inculcando valores esenciales para fomentar relaciones efectivas entre médico y paciente. Además, el internado subraya la importancia del aprendizaje continuo y la aplicación de la medicina basada en evidencia, contribuyendo en última instancia al bienestar de los pacientes.

Palabras Clave: Pregrado. Habilidades Clínicas.

ABSTRACT

Introduction: The medical internship may be regarded as a pivotal year in the academic journey of every undergraduate student. It serves as a crucial period for consolidating, reinforcing, and implementing the knowledge and clinical skills obtained during the four rotations in essential specialties—Gynecology and Obstetrics, Internal Medicine, General Surgery, and Pediatrics. Despite the disruptions caused by the SARS-CoV-2 pandemic, it became the intern's duty to make the most of these rotations, adapting to the altered dynamics of this stage.

Objectives: To articulate the acquired experiences and knowledge during the internship at the Central Military Hospital, where the program involved presenting and elaborating on clinical cases specific to each medical specialty.

Methodology: The information shared originates from the firsthand experiences of the authors, meticulously compiled through the thorough examination of clinical histories and insightful interviews with the patients involved in the showcased cases. The development of the content adheres to the principles of evidence-based medicine, ensuring a comprehensive and well-informed perspective.

Conclusions: The medical internship marks the final phase in the journey of every aspiring doctor, serving as a pivotal moment where prior knowledge converges with the insights gained from diverse educational settings, significantly shaping the interns' development. Emphasis is placed on cultivating soft skills, instilling essential values crucial for fostering effective doctor-patient relationships. Additionally, the internship underscores the significance of continual learning and the application of evidence-based medicine, ultimately contributing to the well-being of the patients.

Key Words: Undergraduate. Clinical skills.

INTRODUCCIÓN

El internado médico representa una etapa fundamental para cada estudiante de Medicina Humana en el año 2023, marcado por los acontecimientos de los últimos cuatro años, donde la pandemia por SARS-CoV-2 dejó una profunda huella en el ámbito de la salud y la formación médica. Si bien cada experiencia es única, la capacidad de aplicar los conocimientos y habilidades adquiridos a lo largo de los seis años previos sigue siendo un elemento central.

El escenario del internado médico en el 2023 se configura en un contexto postpandémico, con lecciones aprendidas y cambios estructurales en la educación médica. El Ministerio de Salud, adaptándose a la nueva realidad, ha implementado ajustes en el desenvolvimiento de las actividades regulares de los internos del área de las ciencias de la salud. La duración del internado, ahora de 10 meses, refleja una necesidad de mayor preparación ante situaciones de emergencia, mientras que los horarios flexibles permiten a los estudiantes gestionar su tiempo de manera eficiente (1).

La experiencia del internado sigue rotando por las cuatro especialidades principales, pero con una perspectiva postpandémica que destaca la importancia de la adaptabilidad y la atención médica integral. La pandemia, que ocurrió hace cuatro años, ha dejado enseñanzas sobre la importancia de la preparación ante situaciones de crisis y la necesidad de fortalecer la atención en áreas críticas como la medicina intensiva y la gestión de emergencias.

Aunque las prácticas presenciales en el año 2020 se vieron limitadas, el estudiante de medicina en el 2023 ha tenido la oportunidad de recuperar y fortalecer esas experiencias en dichas especialidades.

El Hospital Militar Central, donde se desarrolla el internado, ha sido un bastión clave en la respuesta postpandémica, permitiendo a los estudiantes rotar en cada especialidad y participar activamente en el engranaje

del sistema de salud. La disciplina y la participación en ceremonias frente a las autoridades militares y gubernamentales continúan siendo elementos esenciales, al día de hoy.

En resumen, el internado médico en el año 2023 se presenta como una etapa de transformación y aprendizaje continuo, donde los estudiantes, tras cuatro años desde la pandemia, se enfrentan a nuevos desafíos y oportunidades para contribuir a la construcción de un sistema de salud más robusto y preparado para enfrentar cualquier eventualidad.

El objetivo más importante de este documento es examinar el desenvolvimiento del internado médico en el año 2023. El fundamento de esta indagación se enfoca en las vivencias de los estudiantes, la implementación de prácticas médicas respaldadas en evidencia, así como la obtención de conocimientos y habilidades en el internado médico realizado en el Hospital Militar Central.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El año de Internado Médico emerge como un capítulo crucial en la trayectoria de los estudiantes de Medicina Humana, representando una fase vital donde se consolida y aplica el bagaje de conocimientos adquiridos durante los seis años previos. Constituye una ventana de oportunidad para fortalecer, adquirir y refinar habilidades y conocimientos antes de introducirse en el ámbito profesional.

En este contexto, resulta imperativo que el futuro médico internalice la relevancia del internado médico para poner en práctica el conocimiento adquirido durante la carrera, bajo la guía de médicos residentes y asistentes. Cada estudiante de la carrera de medicina humana se enfrenta a la rotación en las cuatro especialidades ya determinadas: Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Pediatría y Medicina Interna. La amplitud de conocimientos necesarios para proporcionar una atención adecuada a pacientes con patologías en estas áreas es esencial para cualquier médico general. Este dominio se traduce tanto en la capacidad de realizar diagnósticos precisos y administrar tratamientos, como en la habilidad para estabilizar y derivar a pacientes hacia especialistas, según sea necesario.

1. Rotación en cirugía general

El área de Cirugía General se enfoca en el diagnóstico y tratamiento de patologías que requieren intervenciones tanto en quirófano como en entornos no quirúrgicos. Fusionando la sintomatología con información recopilada a través de la anamnesis, examen físico y pruebas diagnósticas, se toman decisiones fundamentales para determinar la idoneidad de procedimientos quirúrgicos, siempre con el objetivo obrar en favor y bienestar del paciente. Esta área se destaca por la toma de decisiones, a me-

nudo en circunstancias de alta presión, que abarcan desde cirugías de menor complejidad hasta aquellas de mayor envergadura.

1 El Hospital Militar Central EP Crl Luis Arias Schreiber es una institución que dispone de un área dedicada a la cirugía de emergencia y dos unidades hospitalarias exclusivamente designadas para la patología quirúrgicas. Estas unidades comprenden el servicio de hospitalización de Cirugía General, que también atiende a 1 pacientes de otras especialidades quirúrgicas como Cirugía de Torác y Cardiovascular, y Urología. Asimismo, se encuentra el servicio de Traumatología, una especialidad que experimenta una alta demanda en este contexto debido a las actividades realizadas por quienes acuden a la institución, en muchos casos vinculadas a su entrenamiento militar.

Enseguida, se detallara algunos de los casos clínicos que surgieron en la rotación en esta especialidad y fueron considerados pertinentes para compartir.

1 Caso clínico N° 1 - Apendicitis aguda

Un hombre de 30 años llega a la sala de emergencia con una duración de síntomas de aproximadamente 12 horas, se caracterizan por un dolor tipo cólico en la región epigástrica con una intensidad inicial de 4/10. En las últimas 2 horas, el dolor ha aumentado a una intensidad de 7/10, acompañado de fiebre y tres episodios de vómitos.

El paciente no refiere antecedentes médicos ni quirúrgicos y niega alergias conocidas a medicamentos.

Antecedentes: El paciente niega antecedentes médicos significativos y no tiene historial quirúrgico. No tiene alergias conocidas a medicamentos.

Examen Físico

1 FC: 65 rpm, FR: 16 rpm, T° 36.8 °C, PA 120/70 mmHg. Saturación de oxígeno 99%. Talla 1.81 cm. Peso 88 kg

- **Piel y Faneras**

Piel: Tibia, hidratada, elástica.

Llenado Capilar: Menor a 2 segundos.

1 No hay evidencia de edemas ni ictericia.

- **Cabeza y Cuello**

Cabeza: Normocéfala.

Cuello: Cilíndrico, móvil, sin adenopatías palpables.

- **Sistema Respiratorio**

Tórax de movimiento simétrico, sin tiraje ni uso de músculos accesorios.

Murmullo Vesicular: Presente y claro en ambos hemitórax, sin ruidos agregados.

- **Sistema Cardiovascular**

Ruidos Cardíacos: Rítmicos y de buena intensidad, sin soplos a la auscultación.

- **Sistema Gastrointestinal**

1 Abdomen: Plano, con ruidos hidroaéreos disminuidos.

Palpación: Leve resistencia a la depresión, doloroso en fosa iliaca derecha.

Signo de McBurney: Positivo.

Signo de Rovsing: Positivo.

Blumberg: Negativo.

No se evidencian masas abdominales a la palpación.

- **Sistema Genitourinario**

Puño Percusión Lumbar: Negativo.

Puntos Renoureterales: Negativos.

- **Aparato Musculoesquelético**

Movilidad: Preservada en todas las articulaciones.

No hay deformidades evidentes.

- **Sistema Neurológico**

Conciencia: Despierto, alerta y orientado en tiempo, espacio y persona.

Pares Craneales: Funciones normales, sin evidencia de déficits.

Fuerza Muscular: Moviliza las cuatro extremidades sin debilidad aparente.

Sensibilidad: Preservada en todas las áreas evaluadas.

Coordinación y Marcha: Movimientos coordinados, marcha sin alteraciones evidentes.

1 Exámenes Auxiliares

- Hemograma

Hemoglobina: 13.8 g/dL

Leucocitos: 12,500/mm³

Plaquetas: 280,000/mm³

- Marcadores Inflamatorios

PCR (Proteína C Reactiva): 38.50 mg/L

- Glucosa, urea, creatinina

Glucosa: 121 mg/dL

Urea: 20.1 mg/dL

Creatinina: 0.68 mg/dL

- Grupo Sanguíneo y Factor Rh

Grupo Sanguíneo: A positivo

- Exámenes de Imagen

No se realizaron exámenes de imagen durante el examen físico inicial.

Se realizó una ecografía abdominal para confirmar el diagnóstico de apendicitis aguda y evaluar la extensión del proceso inflamatorio.

Diagnóstico

D/C Apendicitis aguda (K 35.9)

Manejo

Planificación Quirúrgica

Se decide llevar a cabo una apendicectomía laparoscópica de emergencia debido a la urgencia del caso y a la presencia de hallazgos indicativos de apendicitis aguda en la evaluación inicial.

1 Para lo cual se maneja:

- NPO
- Hidratación con NaCl 0.9% 500cc a chorro, luego 60 gotas por minuto
- Ceftriaxona 2g EV
- Metronidazol 500 mg EV c/8 horas
- Ketoprofeno 100 mg EV c/ 8 horas
- Esomeprazol 40 mg EV c/ 24 horas

Intervención Quirúrgica

Durante la apendicectomía laparoscópica, se confirma la presencia de un apéndice cecal inflamado cm en toda su extensión de 6x2, no gangrenado, base apendicular indemne, liquido libre en escasa cantidad.

Manejo Post-operatorio

- NPO – Probar tolerancia oral 8 am
- Manejo hidroelectrolítico
- Ceftriaxona 2g EV c/ 12 horas
- Metronidazol 600 mg EV c/ 8 horas
- Esomeprazol 40 mg EV c/ 24 horas
- Metronidazol 500 mg EV c/8 horas
- Ketoprofeno 100 mg EV c/ 8 horas cada 12 horas
- Metronidazol 600 mg EV cada 8 horas para prevenir infecciones postoperatorias y promover la recuperación.

Se realiza un monitoreo constante de los signos vitales y del estado general del paciente durante las primeras horas postoperatorias. Se presta especial atención a la tolerancia oral, la deambulación y la ausencia de complicaciones. Se realiza un seguimiento de los resultados de laboratorio para evaluar la respuesta al tratamiento y asegurar la resolución de la inflamación.

Después de completar 6 días de tratamiento antibiótico y evidenciar una evolución positiva, el paciente es dado de alta con las indicaciones necesarias para la continuidad del tratamiento en casa.

Caso clínico N° 2 - Hernia inguinal directa

Un hombre de 45 años va a la consulta médica quejándose de dolor en la región inguinal derecha. Refiere que ha notado la presencia de una masa en esa zona, la cual se hace más evidente al realizar esfuerzos físicos o al levantar objetos pesados. Además, menciona que en ocasiones experimenta sensación de ardor en la misma área. El paciente relata que los síntomas han estado presentes durante aproximadamente 6 meses y han ido empeorando progresivamente. Antecedentes: El paciente no tiene antecedentes médicos significativos ni historial quirúrgico. No tiene alergias conocidas a medicamentos.

Examen Físico:

FC: 78 rpm, FR: 18 rpm, T° 36.7 °C, PA 118/70 mmHg. Saturación de oxígeno 98%. Talla 1.71 cm. Peso 80 kg

- Piel y Faneras

Piel: Tibia, hidratada, elástica.

No hay evidencia de cicatrices quirúrgicas previas.

- Cabeza y Cuello

Cabeza: Normocéfala.

Cuello: Sin adenopatías palpables.

- Sistema Respiratorio

Movimientos Respiratorios: Simétricos, sin tiraje ni uso de músculos accesorios.

Murmullo Vesicular: Presente y claro en ambos hemitorax sin ruidos agregados.

- Sistema Cardiovascular

Ruidos Cardíacos: Rítmicos y de buena intensidad, sin soplos audibles.

- Abdomen:

Abdomen: Se observa una protuberancia en la región inguinal de-

recha al toser o realizar la maniobra de Valsalva.

No se evidencian masas ni hepatomegalia a la palpación

- **Sistema Genitourinario**

Puño percusión lumbar negativa. Puntos renoureterales negativos

- **Aparato Musculoesquelético**

Movilidad: Preservada en todas las articulaciones.

No hay deformidades evidentes.

- **Sistema Neurológico**

Conciencia: Despierto, alerta y orientado en tiempo, espacio y persona.

Pares Craneales: Funciones normales, sin evidencia de déficits.

Fuerza Muscular: Moviliza las cuatro extremidades sin debilidad aparente.

Exámenes Auxiliares

- **Ultrasonografía Abdominal**

Se confirma la presencia de una hernia inguinal indirecta derecha con contenido intestinal visible.

- **Hemograma**

Hemoglobina: 14.2 g/dl

Leucocitos: 8,900/mm³

Plaquetas: 250,000/mm³

- **Perfil de Coagulación:**

6 Tiempo de Protrombina (TP): 11.5 segundos

Tiempo de Tromboplastina Parcial Activada (TTPa): 28.3 segundos

- **Perfil Bioquímico:**

1 Glucosa: 95 mg/dL

Creatinina: 0.8 mg/dL

Urea: 20 mg/dL

Diagnóstico

Hernia Inguinal Indirecta (K40.0)

Planificación Quirúrgica:

Se decide llevar a cabo hernioplastia inguinal laparoscópica para corregir la hernia.

1 Para lo cual se maneja pre-sop:

- NPO
- Hidratación con NaCl 0.9% 500cc a chorro, luego 60 gotas por minuto
- Ceftriaxona 2g EV
- Metronidazol 500 mg EV c/8 horas
- Ketoprofeno 100 mg EV c/ 8 horas
- Esomeprazol 40 mg EV c/ 24 horas

Manejo Operatorio

Se indica una hernioplastia inguinal laparoscópica para corregir la hernia. En el contexto quirúrgico, se identifican hallazgos como un anillo herniario de aproximadamente +/- 4 cm, debilidad en la pared posterior, un saco herniario de +/- 7 cm. El procedimiento se lleva a cabo sin complicaciones, reduciendo la protrusión y reforzando la zona con una malla quirúrgica.

Manejo Postoperatorio:

- NPO – Probar tolerancia oral 8 am
- Manejo hidroelectrolítico
- Ceftriaxona 2g EV c/ 12 horas
- Metronidazol 600 mg EV c/ 8 horas
- Esomeprazol 40 mg EV c/ 24 horas
- Metronidazol 500 mg EV c/8 horas –
- Ketoprofeno 100 mg EV c/ 8 horas cada 12 horas

Al paciente se le da alta médica después de dos días de monitoreo post-

operatorio sin complicaciones. Se le proporcionan instrucciones detalladas sobre el cuidado de la incisión, signos de posibles complicaciones y la necesidad de seguimiento ambulatorio con el cirujano. Se programa una cita de seguimiento para evaluar la evolución y retirar puntos de sutura. El paciente es informado sobre la importancia de buscar atención médica inmediata si experimenta síntomas como fiebre, enrojecimiento o aumento del dolor en la zona intervenida.

2. Rotación en Neonatología Y Pediatría

Las especialidades de neonatología y pediatría representan campos médicos especializados en la atención de patologías que surgen desde el periodo neonatal hasta los 17 años 11 meses 29 días (2). En estas disciplinas, la relación médico-paciente y familiares desempeña un papel crucial para recopilar la información necesaria para el diagnóstico y facilitar la aplicación del tratamiento correspondiente a la patología presente. Para lograr esto, es esencial establecer un vínculo basado en la confianza, respeto y educación, garantizando así con seguridad que las indicaciones médicas serán cumplidas.

Con respecto a la neonatología, la experiencia la cual se realizó en el Hospital Militar Central EP Luis Arias Schreiber, lugar en el cual, aunque no recibe un flujo diario elevado de gestantes y, por ende, neonatos, proporciona suficientes casos para hacer que la rotación sea enriquecedora en conocimientos y experiencia clínica. Así mismo, la rotación de pediatría también se desarrolló en nuestra sede principal, principalmente en el tópico de emergencias pediátricas, donde se observa una mayor incidencia de casos comunes en cada grupo etario, la mayoría de los cuales son resueltos, dados de alta y controlados de manera ambulatoria.

A lo largo del texto, se detallarán algunos de los casos clínicos que surgieron durante nuestra experiencia en estas especialidades y que consi-

deramos pertinentes para compartir.

Caso clínico N° 1 - Sepsis neonatal tardía

Un neonato masculino de 25 días de vida es llevado a la emergencia por su madre debido a la disminución de la ingesta de leche y la presencia de irritabilidad. El paciente es nacido por cesárea electiva a las 38 semanas por preeclampsia materna, con un peso al nacer de 3000 gramos y 49 cm de talla. Recibió fototerapia por 5 días por ictericia neonatal y se alimenta exclusivamente con lactancia materna.

Antecedentes: Nacimiento a las 38 semanas por cesárea electiva debido a preeclampsia. Peso al nacer: 3000 gramos. Ictericia neonatal tratada con fototerapia. Alimentación exclusiva con lactancia materna.

Examen Físico:

- Piel y Faneras

Temperatura: 37.8°C.

Coloración: Piel de tono normal, sin cianosis ni palidez.

Textura: Piel tibia y seca al tacto.

Hidratación: Buena hidratación cutánea.

Ictericia: Ausente en escleras, mucosas y piel.

- Cabeza y Cuello

Forma: Normocefálica, sin deformidades ni masas.

Cuello: Sin adenopatías palpables, móvil y simétrico.

- Sistema Respiratorio

Frecuencia Respiratoria: 40 rpm.

Patrón Respiratorio: Sin tiraje ni uso de músculos accesorios.

Murmullo Vesicular: Presente y claro en ambos campos hemitórax.

Saturación de Oxígeno: 98%.

- Sistema Cardiovascular

Frecuencia Cardíaca: 160 lpm, rítmica y regular.

Pulso: Palpable en todas las extremidades.

Presión Arterial: 75/45 mmHg.

- **Abdomen**

Inspección: Abdomen excavado, distendido.

Palpación: Leve resistencia a la palpación, irritabilidad a la exploración abdominal.

Ruidos Hidroaéreos: Presentes pero disminuidos.

Signo de McBurney: Negativo.

Signo de Rovsing: Negativo.

Blumberg: Negativo.

No se palpan masas ni hepatomegalia.

- **Genitourinario**

Pañal: Seco, sin signos de irritación.

Diuresis: Presente y normal

- **Extremidades**

Coloración: Sin alteraciones, con buen llenado capilar.

Movilidad: Movimientos espontáneos en todas las extremidades.

- **Sistema Nervioso**

Estado de Conciencia: Somnoliento, reactivo a estímulos.

Fontanelas: Normotensas.

Reflejos: Conservados.

1 Exámenes Auxiliares:

- **Hemograma:** Hemoglobina 11.2 g/dL, leucocitos 12,000/mm³, plaquetas 160,000/mm³.
- **PCR:** 12.5 mg/L.
- **Bilirrubina Total:** 12.8 mg/dL.
- **Ecografía Abdominal:** Signos de inflamación en el área del apéndice cecal.

Diagnóstico:

Sepsis Neonatal probable por Staphylococcus coagulasa negativo.

Tratamiento:

Inicio de tratamiento con ampicilina y gentamicina por 2 días con poca mejoría.

Cambio a vancomicina 23 mg EV cada 8 horas después de obtener un cultivo positivo para *Staphylococcus coagulasa* negativo sensible a vancomicina.

El paciente presenta mejoría clínica significativa clínica y de laboratorio (PCR 3.25). Se le da recomendaciones para seguimiento y lactancia materna exclusiva, así como indicaciones sobre los signos alarmantes y además sobre lo imprescindible que es acudir a los controles de niño sano.

Caso clínico N° 2 - Faringoamigdalitis aguda bacteriana

Madre acude al tópico emergencia con su hijo de 4 años y 2 meses, manifestando que el niño ha experimentado malestar general durante las últimas 24 horas. Refiere que el paciente se queja de dolor al tragar y presenta fiebre de 38.8°C. Además, menciona episodios de vómito en la mañana y falta de apetito. Antecedentes: Embarazo sin complicaciones. Parto vaginal a término, peso al nacer 3,800 gramos, APGAR 9' y 9'. Lactancia materna exclusiva hasta los 8 meses, esquema de vacunación completo. Peso actual : 16 kg

- Patológicos: Niega.
- RAMS: Niega.
- Familiares: Sin antecedentes relevantes.

Examen Físico

- Piel y Faneras

Caliente, hidratada, buen llenado capilar, sin cianosis ni edemas.
Temperatura axilar 38.8°C

- Cabeza y Cuello

Normocefálico, no se palpan adenopatías.

- Boca y Faringe

Mucosas húmedas, faringe enrojecida, amígdalas aumentadas de

tamaño con exudado purulento.

- **1 Tórax y Pulmones**

Murmullo vesicular presente y claro en ambos campos hemitórax.

FR 26 rpm, saturación de oxígeno 99%.

- **1 Cardiovascular**

Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos. FC 130 lpm

- **Abdomen**

Plano, blando, depresible , ruidos hidroaéreos normales, sin dolor a la palpación superficial ni profunda.

- **Genitourinario**

Sexo masculino, sin alteraciones.

- **Sistema Nervioso Central**

Alerta, orientado, sin signos de focalización.

Exámenes Auxiliares

- **Hemograma:** Hemoglobina 11.5 g/dL, leucocitos 14,200/mm³, plaquetas 180,000/mm³.
- **PCR:** 18.5 mg/L.
- **Urocultivo:** Negativo.
- **Test de SARS-CoV-2:** Resultado negativo.

Diagnóstico

Faringoamigdalitis aguda, probablemente bacteriana. (J02)

Tratamiento

- Dieta blanda y líquidos a voluntad.
- **1 Amoxicilina 250mg/5mL, 5 mL c/ 12 horas por 10 días.**
- **Paracetamol 120mg/5mL, 10 mL c/ 6 horas si presenta dolor o fiebre.**

El paciente evidencia mejoría significativa por lo que se le da el alta médica con indicaciones claras para el cuidado en casa y las medidas a seguir en caso de complicaciones. Se reitera la importancia de completar el curso de antibióticos y

se programa una cita de seguimiento para asegurar la recuperación completa.

3. Rotación de medicina interna

La Medicina Interna figura como una de las áreas clínicas fundamentales en las áreas de hospitalización, siendo reconocida como uno de los pilares debido a su amplitud y comprensión de una amplia gama de conocimientos que abarcan otras ramas médicas clínicas para diagnosticar las patologías que afectan al paciente. Su enfoque principal se fundamenta en una visión holística del individuo que padece una enfermedad, permitiendo así la implementación de terapias adecuadas, a menudo en colaboración con otros especialistas, con el objetivo de proporcionar alivio y, cuando sea posible, resolver las patologías presentes en cada caso.

En cuanto a esta rotación, esta tuvo lugar en el Hospital Militar Central EP Crl Luis Arias Schreiber, que cuenta con dos tópicos de Medicina Interna, incluyendo una zona de observación en los cuales se distribuyen los internos en sus respectivas guardias. Además se destacan sus unidades de hospitalización con divisiones dadas por sexo y grado militar, comprendiendo así cinco unidades: Hospitalización de Oficiales, hospitalización de Generales, hospitalización de Suboficiales y, finalmente, hospitalización de Mujeres.

A lo largo del texto, se expondrán los casos clínicos, los cuales se dieron durante la rotación en este servicio, que se consideraron pertinentes a presentar.

1 Caso clínico N° 1 - Infección del tracto urinario

Una mujer de 72 años es llevada a sala de emergencias por su hijo, con una duración de síntomas de aproximadamente 10 días. La paciente presenta malestar general, aumento en la frecuencia urinaria, fiebre intermitente y dolor en la región lumbar. Su hijo menciona que en los últimos días ha notado que su madre está más cansada de lo habitual y ha perdido el

apetito. Paciente femenina, con signos de malestar, fatiga y deshidratación leve.

Antecedentes:

Patológicos: Hipertensión arterial controlada desde hace 5 años, diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento regular.

Quirúrgicos: Colectomía parcial por pólipos intestinales (2010), apendicectomía (1995).

Niega Alergias

Examen Físico:

- **Piel y Faneras:**

Tibia, hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos. Temperatura 38.5°C

- **Cabeza y Cuello:**

Sin adenopatías palpables, mucosas húmedas.

- **Tórax y Pulmones:**

Murmullo vesicular presente, sin ruidos agregados. Frecuencia Respiratoria 20 rpm

- **Cardiovascular:**

Ruidos cardíacos regulares de buena intensidad sin soplos. Presión arterial 140/80 mmHg, Frecuencia Cardíaca 88 lpm

- **Abdomen:**

Blando, con leve dolor a la palpación profunda en flanco izquierdo

- **Genitourinario:**

Portadora de sonda vesical, hematuria en bolsa colectora, sin signos de irritación, puntos renoureterales positivos, puño percusión lumbar positivo,

- **Extremidades:**

Sin edemas, moviliza las extremidades.

- **Neurologico:** LOTE¹, Glasgow 15/15, no signos menigeos ni de focalización

Exámenes Auxiliares:

- **Hemograma:** Hemoglobina 12.2 g/dL, Leucocitos 16,200/mm³, Plaquetas 210,000/mm³.
- **PCR:** 48.0 mg/L.
- **Química Sanguínea:** Glucosa 160¹ mg/dL, Urea 55.2 mg/dL, Creatinina 1.92 mg/dL, Sodio 135 mEq/L, Potasio 3.9 mEq/L.
- **Gasometría Arterial:** pH 7.40, pCO₂ 38.5 mmHg, HCO₃⁻ 24.0 mEq/L.

Diagnóstico:

Infección del tracto urinario complicada (N39.0)

6. Manejo:

- Hospitalización.
- Ceftriaxona 2g EV c/24h inicialmente.
- Rotación a Meropenem 1g EV c/12h por falta de mejoría por 11 días
- Levofloxacino 750 mg VO c/24h por 7 días tras aislar *Stenotrophomonas maltophilia* en urocultivo

La paciente muestra mejoría después de 22 días de tratamiento, con urocultivo negativo y mejora en los síntomas. Se da de alta con indicaciones de seguimiento ambulatorio y medidas para prevenir infecciones recurrentes del tracto urinario.

Caso clínico N° 2 - Trombosis venosa profunda

Una mujer de 42 años llega al tópico de emergencia con una historia de 10 días de dolor agudo en la pierna derecha. La paciente relata que después de un vuelo largo, comenzó a experimentar dolor punzante en la región poplítea y notó hinchazón progresiva en la pierna derecha. El dolor se ha intensificado con el tiempo, y presenta dificultad para caminar debido a la

molestia y la hinchazón. Mujer en aparente buen estado general, fatigada por el dolor.

Antecedentes

Personales:

- Sin antecedentes de obesidad, hipertensión o diabetes.
- Uso de anticonceptivos orales.

Familiares:

- Sin antecedentes de trastornos tromboembólicos.

Examen Físico:

- Piel y Faneras

Caliente, hidratada, sin cianosis ni edemas. No lesiones cutáneas evidentes. Temp 37°C, Sat 98%.

- Cabeza y Cuello

Sin adenopatías palpables, mucosas húmedas.

- Tórax y Pulmones

Murmullo vesicular presente, sin ruidos agregados. FR 18 rpm

- Cardiovascular

Ruidos cardíacos regulares de buena intensidad sin soplos.

Pulso distal presente, pero más débil en la pierna derecha comparado con la izquierda. PA 120/75 mmHg, FC 80 lpm

- Abdomen:

Blando, con leve dolor a la palpación profunda en flanco izquierdo

- Genitourinario:

Sin sonda vesical, puntos renoureterales negativos, puño percusión

lumbar negativo.

- **Locomotor:**

Dolor a la palpación profunda en región poplítea derecha. Edema moderado en toda la pierna derecha. Signo de Homans positivo.

4. Exámenes Auxiliares:

- **Hemograma:** Hemoglobina 12.5 g/dL, Leucocitos 9,500/mm³, Plaquetas 300,000/mm³.
- **Química Sanguínea:** Urea 28 mg/dL, Creatinina 0.9 mg/dL.
- **Dímero D:** 6.2 ug/mL.
- **Ecografía Doppler Venoso:** Evidencia de Trombosis Venosa Profunda en la Vena Poplítea derecha.

Diagnóstico:

Trombosis Venosa Profunda de la pierna derecha

Manejo:

- Inicio de Enoxaparina 60 mg SC c/12h.
- Evaluación por Cirugía Vascular sin indicación quirúrgica.
- Interconsulta con Hematología.
- Aumento de dosis a Enoxaparina 80 mg SC c/12h.
- Estudio de Trombofilia con Proteína C, Proteína S, Antitrombina II, Anticardiolipina, Anticoagulante Lúpico y Homocisteína.
- Cambio a Rivaroxaban 20 mg VO c/24h después de 7 días de Enoxaparina.

Se le da de alta al paciente después de 15 días de hospitalización con el siguiente plan de manejo: se indica seguimiento por Hematología en consultorio externo para evaluación clínica y ajuste del tratamiento anticoagulante según

sea necesario. Como parte del plan, se le indica continuar con la anticoagulación oral, específicamente Rivaroxaban, inicialmente 15 mg por vía oral cada 12 horas durante 21 días y posteriormente cambiar a 20 mg por vía oral cada 24 horas.

Se enfatiza la importancia de acudir a controles periódicos para evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento, así como para realizar ajustes según la evolución clínica del paciente. La anticoagulación oral se mantendrá de manera ambulatoria durante un período total de 3 meses, garantizando la prevención de eventos tromboembólicos recurrentes y asegurando la adecuada recuperación del paciente.

4. Rotación de Ginecología y Obstetricia

El área clínico-quirúrgica de Ginecología y Obstetricia, distinguida por su enfoque integral en el manejo de diversas patologías, tiene como propósito salvaguardar la salud y el bienestar integral de sus pacientes. Esto es particularmente crucial, ya que la mujer ocupa un lugar destacado en las estadísticas relacionadas con problemas significativos de salud pública en nuestra nación. Por este motivo abordando todos los indicadores epidemiológicos con un énfasis especial en el cáncer de cérvix y en la mortalidad materna

En las siguientes líneas, se detallarán algunos de los casos clínicos que surgieron durante nuestra experiencia en la rotación de esta especialidad y que consideramos esenciales para compartir.

Caso clínico N° 1: Gestación a término

Mujer de 34 años, con un tiempo de gestación de 39 semanas según fecha probable de parto (FPP) alrededor del 20 de diciembre de 2023. Acude a la emergencia del Hospital Militar Central (HMC) por presencia de dolor y contracciones uterinas de 24 horas de evolución, las cuales han ido incrementando en frecuencia e intensidad. Además, refiere pérdida de tapón mucoso hace aproxi-

madamente 6 horas.

Antecedentes:

Médicos: Niega.

Quirúrgicos: Apendicectomía en 2010.

Antecedentes Familiares: Madre fallecida por cáncer de colon.

Ginecológicos:

- Fecha de última regla (FUR): 21 de marzo de 2023.
- Edad gestacional: 39 semanas.
- Último Papanicolaou (PAP) en 2022 (negativo).
- Menarquia a los 12 años.
- Ritmo menstrual irregular.
- Índice de Ritmo Sexual (IRS): 18 años.
- Última relación sexual hace 2 meses.
- G2P0010 (dos gestaciones, un parto, cero abortos).
- 7 controles prenatales realizados.

Examen Físico

Signos Vitales:

- **Piel y Faneras**

Caliente, hidratada, sin cianosis ni edemas. No lesiones cutáneas evidentes. Temp 37°C, Sat 98%.

- **Cardiovascular:**

Ruido cardíaco regular, sin soplos. Presión Arterial: 121/64 mmHg

Frecuencia Cardíaca: 61 lpm

Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF): 140 lpm

- **Torácico y Pulmonar:**

Amplexación conservada.

Murmullo vesicular presente y claro en ambas hemitórax.

- **Abdominal:**

Grávida, altura uterina de 33 cm.

Latidos cardíacos fetales presentes.

Movimientos fetales presentes.

Contracciones uterinas cada 8-30 minutos.

Sin signos de sangrado vaginal ni pérdida de líquido amniótico.

- **Genitourinario:**

No se evidencia sangrado vaginal ni pérdida de líquido amniótico.

- **Tocoginecológico:**

Cuello uterino dilatado 4 cm.

Índice de posición: -2.

Integridad de las membranas.

- **Especuloscopia:**

Diferida.

- **Neurológico:**

Lúcido, orientada en lugar tiempo, espacio y persona

Escala de glasgow: 15/15

No presenta signos focalización ni signos meníngeos.

Exámenes Auxiliares:

Laboratorio:

- Serologías no reactivas.

- **Grupo y factor sanguíneo:** O positivo.

- Glucosa: 78 mg/dL

- **Urea:** 19.2 mg/dL

- **Creatinina:** 0.58 mg/dL

- **Uroanálisis:** pH 6, leucocitos 2-3 x campo, hematíes 5-7 x campo, bacterias 2+

- **Tiempo de coagulación:** 6-8 min, tiempo de sangría: 1-4 min, tiempo de tromboplastina parcial (TTP): 34.1 segundos

Diagnostico

Gestación a término (O00.0)

Con el diagnóstico de gestación única activa de 38.4 semanas por fecha de última regla y fase activa del trabajo de parto, se decide hospitalizar a la paciente para la sala de parto. Se inicia el primer periodo a las 15:00 hrs, seguido del segundo periodo a las 23:00 hrs. La paciente responde adecuadamente a la administración de oxitocina, alcanzando 5 contracciones cada 10 minutos, cada una con un tiempo de duración de 35 segundos. El parto es espontáneo eutócico con resultados favorables tanto para la madre como para el neonato.

Evolución Postparto

La paciente, en el primer día de puerperio inmediato, presenta una evolución estable con signos vitales normales, mamas simétricas y turgentes, sin secreción de calostro, abdomen contraído y escasos loquios hemáticos sin mal olor. Se maneja el dolor con analgésicos y se proporcionan instrucciones sobre la técnica de lactancia. Para manejo del dolor se usa Ketorolaco 10 mg vía oral cada 8 horas y diclofenaco 75 mg intramuscular condicional al dolor intenso.

El segundo día de hospitalización, el dolor abdominal disminuye considerablemente, y la paciente deambula por sí misma, preparándose para el alta médica al día siguiente.

Caso clínico N° 2 - Hemorragia uterina anormal

Paciente de 35 años acude a control ginecológico quejándose de sangrado vaginal anormal durante los últimos 3 meses. Refiere manchado diario con hasta 5 toallas higiénicas. Además, presenta molestias abdominales leves asociadas al sangrado. Niega cefalea, fatiga y palpitaciones.

Antecedentes Médicos: Sin antecedentes médicos significativos. No alergias conocidas.

Antecedentes Gineco-Obstétricos:

- Menarquia: 12 años.

- Regimen catamenial: 3/28.
- Inicio de relaciones sexuales: 15 años.
- Andría: 02.
- Método anticonceptivo: Inyección mensual.
- G2 P1011.
- FUR: 15/11/2022.

Examen Físico:

- **Piel y Faneras:**

Coloración normal.

Piel elástica y tibia.

Sin edemas.

Temperatura: 36.7°C

- **Tórax y Pulmones:**

Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax.

Sin ruidos agregados.

FR: 16 rpm

- **Aparato Cardiovascular:**

Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. PA: 120/70 mmHg FC: 75 lpm

- **Abdomen:**

No evidencia distensión.

Ruidos hidroaéreos presentes.

Blando y depresible.

Indoloro a la examinación superficial ni profunda.

Sin evidencia de masas ni presencia de signos peritoneales

- **Aparato Genitourinario:**

Puño percusión lumbar negativo y Puntos renoureterales negativos

- **Examen Ginecológico:**

Se evidencia escaso sangrado vaginal

Vagina elástica y con presencia de pliegues

Cérvix de tipo puntiforme.

Útero AVF de 6 cm, indoloro a la movilización

Mamas y anexos sin alteraciones

1 Exámenes Auxiliares:

- **Hemoglobina:** 12.8 g/dL
- **Leucocitos:** 9,200/mm³
- **Plaquetas:** 420,000/mm³
- **Glucosa:** 90 mg/dL
- **Urea:** 14 mg/dL
- **Creatinina:** 0.82 mg/dL
- **Examen de orina:** 2-4 leuc/campo, 15-18 hem/campo, sin bacterias
- **TP:** 13.5 segundos
- **TTPA:** 30.2 segundos

Impresión Diagnóstica:

Hemorragia Uterina Anormal por Pólipo Endometrial (N93.9)

Procedimientos y Tratamiento:

- Ecografía transvaginal: Pólipo endometrial de 22x12x18 mm.
- Histerosonografía: Mioma submucoso tipo 0 de 16x14 mm.
- Miomectomía histeroscópica: Extracción de mioma de tipo submucoso de 18x16 mm.

Evolución

La evolución de la paciente es positiva. No hay evidencia de sangrado vaginal posterior al procedimiento. Se le da de alta al segundo día postoperatorio con mínimas molestias abdominales controladas con analgésicos comunes.

1 CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

HOSPITAL MILITAR CENTRAL EP “CORONEL LUIS ARIAS SCHREIBER”

El centro en el cual se realizo el internado médico es el Hospital Militar Central, situado en el distrito de Jesús María, durante el contexto post pandemia del año 2023. Este hospital, catalogado como categoría III-1, tiene una rica historia, inaugurado en 1958 durante la presidencia de Manuel Prado Ugarteche, y sometido a procesos de remodelación y ampliación en 1974 (3).

Este establecimiento de salud presta sus servicios a miembros activos y retirados del Ejército del Perú, así como a sus familiares. La afluencia de pacientes abarca desde aquellos referidos desde el Policlínico Militar de Chorrillos y el Hospital Militar Geriátrico en Lima, seguido de aquellos evacuados provenientes de diversas ciudades en la costa, sierra y selva del país.

El equipo médico de este establecimiento incluye tanto a médicos militares como a civiles, y se destaca por contar con un laboratorio central eficiente, así como equipos de diagnóstico por imágenes como rayos x, tomógrafo y resonador magnético operativos.

La estructura del hospital comprende diversas unidades especializadas, tales como Cirugía General, Pediatría, Medicina Interna, Ginecología & Obstetricia, Neurocirugía, Gastroenterología, Oncología, Neurología, UCI Coronaria, UCI Polivalente, Psiquiatría, Traumatología, Urología, y Neumología. Se observa una mayor prevalencia de pacientes varones, lo que se refleja en la asignación de solo dos unidades hospitalarias para exclusiva-

mente para pacientes mujeres, de las cuales una de ellas destinada al servicio de Ginecología & Obstetricia. Por otro lado, las unidades restantes acogen tanto a pacientes varones como mujeres.

Dada la complejidad y amplitud de especialidades que ofrece este hospital, se pudo ejecutar todas las rotaciones en dicho entorno, bajo la orientación y supervisión del médico asistente y residente.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

1. Rotación en Cirugía general

Caso clínico N°1: Apendicitis aguda

La apendicitis aguda se erige como la causa primordial de abdomen agudo quirúrgico, instando a la intervención quirúrgica de emergencia a nivel global. La obstrucción de la luz apendicular, ya sea por fecalitos, hiperplasia linfoidea, cuerpos extraños o parásitos, desencadena una respuesta inflamatoria en la pared apendicular. A medida que progresa, esta inflamación evoluciona hacia congestión vascular, isquemia y, en situaciones complicadas, perforación del apéndice cecal (6).

La presentación clínica de la apendicitis puede carecer de especificidad y los signos, por sí solos, no poseen una sensibilidad o especificidad óptimas. Es por ello que el empleo de escalas, como la Escala de Alvarado con una sensibilidad del 90% y una especificidad del 70%, se convierte en una herramienta útil para aproximarse al diagnóstico de apendicitis aguda y guiar la conducta a seguir (7,8) (Anexo 1). Aunque la tomografía axial computarizada se destaca como el método de imagen más preciso con una sensibilidad del 92%, su disponibilidad limitada en algunos centros de salud favorece la utilización de escalas y ya que la anterior es una opción menos accesible y económica (9).

El paciente de este caso presentó una puntuaje de 8/10 en la Escala de Alvarado, indicando un alto riesgo de apendicitis aguda y justificando la intervención

quirúrgica. Como medida preventiva, se administró profilaxis antibiótica previo a la cirugía con el propósito de reducir el riesgo de infección de la herida operatoria y la formación de abscesos intraabdominales (10).

La constatación de un apéndice cecal gangrenado durante la cirugía guarda relación con la progresión temporal de la enfermedad. Inicialmente, se experimenta una fase congestiva con disminución del flujo linfático y venoso, seguida por la fase supurada. Con el transcurso del tiempo, el flujo arterial se ve comprometido, desencadenando la fase gangrenada. Esta clasificación de la apendicitis aguda como complicada, en lugar de las fases no complicadas (congestiva y supurada), tiene implicaciones en el manejo postoperatorio, que difiere entre ambos casos (6,9).

En las situaciones de apendicitis no complicada, no se requiere manejo antibiótico después de la cirugía. No obstante, en los casos complicados (gangrenosos o perforados), se indica el tratamiento antibiótico postoperatorio para abarcar tanto a los aerobios Gram negativos como a los anaerobios. En el ejemplo presentado, se utilizaron Ceftriaxona y Metronidazol, antibióticos eficaces contra ambos grupos bacterianos (11).

1 Caso clínico N° 2: Hernia inguinal directa

Las hernias de la pared abdominal, que se definen es una condición en la que se produce una protuberancia o abultamiento de los órganos internos a través de una debilidad o abertura en la pared muscular del abdomen (20), se considera de las afecciones más comunes en el ámbito de la Cirugía General. De todas, la hernia inguinal es la más prevalente, y por datos estadísticos, más del 60% de ellas se ubican en el flanco derecho (21). Entre los factores de riesgo identificados de alta evidencia en este caso específico se encuentran el sexo masculino, que incrementa su riesgo entre 8 y 10 veces (22), y la obesidad (23). La edad también se considera otro factor de riesgo, con un pico de incidencia bimodal entre 0 y 5 años y 75 y 80 años, así como el deterioro del metabolismo

del colágeno (22).

En lo que respecta a los síntomas clínicos, la razón más común de consulta es la identificación de una protuberancia en la zona inguinal, tal como lo expresó el paciente. Durante el examen físico, se inicia confirmando esta descripción con el paciente de pie, aprovechando que esta postura aumenta la presión dentro del abdomen. Luego, se pueden realizar maniobras como la de Valsalva, que incluye la tos, con el fin de provocar un aumento en el tamaño de la protuberancia (20). Para distinguir entre una hernia directa e indirecta, se lleva a cabo la maniobra de Landívar. Esta técnica involucra la oclusión digital del anillo inguinal profundo, seguida por una solicitud al paciente para que tosa. Si la protuberancia se hace evidente, tal como ocurrió en la evaluación del paciente, se confirma una hernia directa; de lo contrario, se considera una hernia indirecta (23).

Entre los posibles síntomas se incluye el dolor, el cual tiende a ser de moderado a intenso, aunque es relativamente poco común. La presencia de dolor debe alertar sobre la posibilidad de encarcelamiento o estrangulación. Estos eventos son poco frecuentes, con una incidencia que oscila entre el 0,3% y el 3% anualmente (24). Como se destacó anteriormente, el diagnóstico generalmente se realiza mediante la evaluación clínica y la historia clínica, sin necesidad de pruebas adicionales (21). Sin embargo, en situaciones donde exista incertidumbre diagnóstica, se pueden realizar pruebas de imagen como ecografías o tomografías abdominales (25), especialmente en pacientes con sobrepeso u obesidad, aunque no son obligatorias, como se ilustra en el caso presentado.

En lo referente al tratamiento definitivo, este implica la intervención quirúrgica, ofreciendo opciones que abarcan procedimientos laparoscópicos y abiertos, siendo este último preferido para la reparación primaria unilateral en varones con hernias inguinales (21). Sin embargo, la elección entre estas alternativas debe tener en cuenta las características individuales de cada paciente y la pericia del cirujano. En caso de optar por una intervención abierta, el siguiente paso

es determinar el tipo de reparación, ya sea con tensión o sin malla, y sin tensión o con malla, siendo esta última la que ha mostrado menores tasas de recurrencia (26). De acuerdo con las recomendaciones de diversas sociedades de cirugía general, si se decide utilizar una malla, la reparación sugerida es la técnica de Lichtenstein (27), en la cual, tal como se detalla en el informe operatorio de nuestro paciente, la malla se fija a la pared posterior o a la fascia transversalis.

2. Rotación en neonatología y pediatría

1 Caso clínico N° 1: Sepsis neonatal tardía

La sepsis neonatal es una de las causas más significativas de enfermedad y muerte en bebés recién nacidos, contribuyendo a alrededor del 15% de los fallecimientos a nivel mundial (43) y siendo la segunda causa más común a nivel nacional (44). Este problema de salud se clasifica en sepsis neonatal temprana y tardía, y nos centraremos en esta última debido a su importancia clínica en el caso que nos ocupa. En términos de definición de la aparición de síntomas, se considera que la sepsis neonatal tardía presenta síntomas a partir de la primera semana de vida según algunas fuentes, o después de las 72 horas según otras (45). La adquisición de esta infección puede ocurrir a través de mecanismos de transmisión vertical u horizontal. Entre los agentes etiológicos más comunes se encuentran Streptococcus del grupo B y Escherichia coli (46), Aunque en la situación específica mencionada se identificó Staphylococcus coagulasa negativo, lo que indica una potencial causa asociada a la atención hospitalaria en lactantes enfermos relacionada con el historial de hospitalización del paciente durante la anamnesis (43).

En relación a los elementos de riesgo para el desarrollo de sepsis tardía en neonatos, se mencionan intervenciones médicas como la ventilación mecánica, aunque en este caso específico no se especifica el tipo de terapia de oxígeno administrada a la recién nacida durante su estadía hospitalaria previa

(47,48). Otra variable importante, identificada a nivel prenatal, es la falta de controles médicos durante el embarazo. La presencia de una infección del tracto urinario reportada durante el primer trimestre se vincula, según análisis de diversos estudios, mayormente con la incidencia de sepsis neonatal temprana (48).

Las manifestaciones clínicas de la sepsis neonatal son mayormente inespecíficas, abarcando desde síntomas leves, como alza térmica y síntomas respiratorios en un 50%, letargo en un rango del 25 al 50%, irritabilidad en menos del 25%, hasta manifestaciones más graves como una apariencia tóxica (49). La evaluación posterior incluye pruebas como hemocultivos, hemograma, plaquetas, PCR y/o procalcitonina, que proporcionan orientación para determinar la duración del tratamiento. Ante síntomas respiratorios, se realiza una radiografía de tórax, y en caso de sintomatología sugerente, se considera una punción lumbar (44). La antibioticoterapia empírica se inicia después de obtener hemocultivos, basándose en criterios como la apariencia del paciente y la presencia de síntomas, así como la presencia de líquido cefalorraquídeo patológico o sospecha o confirmación de infección materna. La cobertura debe ser efectiva contra los principales agentes etiológicos, siendo la combinación de Ampicilina y Gentamicina la elección habitual por 10 días, teniendo en cuenta los patrones de resistencia, hasta que los resultados de los hemocultivos estén disponibles (44,50).

Caso clínico N° 2 Faringoamigdalitis aguda bacteriana

Dentro de las infecciones bacterianas que afectan la vía respiratoria alta en niños y adolescentes, la faringoamigdalitis bacteriana destaca como una de las más frecuentes, caracterizándose por la inflamación de la mucosa en la región faringoamigdal, tal como sugiere su nombre, acompañada de eritema, exudado y vesículas (51). Este cuadro clínico es provocado principalmente por el Streptococcus del grupo A (GAS), también conocido como Streptoco-

ccus pyogenes (51,52). La incidencia de esta infección tiende a ser más elevada durante los meses invernales y a principios de la primavera, afectando predominantemente a niños en edad escolar (52).

Desde el punto de vista clínico, la faringoamigdalitis bacteriana se manifiesta con un inicio súbito, acompañado de síntomas como dolor de garganta, que puede resultar en una disminución de la ingesta de alimentos por vía oral, fiebre, cefalea, náuseas, vómitos, y en el examen físico se observan amígdalas agrandadas y eritematosas, adenopatías cervicales anteriores dolorosas, petequias, entre otros. A diferencia de las causas virales, no suelen presentarse rinorrea, tos, conjuntivitis y diarrea (53). Un diagnóstico oportuno es esencial para prevenir complicaciones futuras como la fiebre reumática o complicaciones agudas supurativas (54), además de reducir la propagación y la gravedad de los síntomas. El frotis faríngeo se considera la prueba de elección para el diagnóstico, aunque escalas como los criterios modificados de Centor por McIsaac son herramientas valiosas en la práctica clínica, con una sensibilidad del 85% y especificidad del 92%, permitiendo iniciar la antibioticoterapia empírica cuando no se dispone del examen de elección en los centros de salud (51,55). Aunque algunos estudios sugieren que estas escalas son más efectivas para descartar la presencia de Streptococcus pyogenes que para confirmarla (56). En cuanto al tratamiento, se opta por Amoxicilina vía oral en una dosis de 50 mg/kg durante 10 días, junto con medidas sintomáticas como Paracetamol para la fiebre o dolor, y se brinda educación sobre los signos de alarma y la importancia de la hidratación (51,54,57,58).

3. Rotación de Medicina interna

Caso clínico N° 1: Infección del tracto urinario

Las infecciones del tracto urinario (ITU) representan las afecciones más comunes entre las personas mayores de 65 años y suelen diagnosticarse y tra-

tarse de manera similar a la población en general (67). Estas infecciones pueden afectar tanto al tracto urinario superior como al inferior, mostrando diferencias en su gravedad y síntomas clínicos (68).

Las ITU en hombres son menos comunes, pero tienden a ser más frecuentes en personas de edad avanzada y en aquellos con trastornos del sistema urinario. Las ITU que se desarrollan en hombres con obstrucción del tracto urinario, insuficiencia renal y algún grado de inmunosupresión debido a la diabetes mellitus, como en el caso que se presenta, se consideran complicadas, ya que estas condiciones aumentan el riesgo de complicaciones adversas (67,69).

El agente causal más común en este tipo de infecciones del tracto urinario (ITU) es *Escherichia coli* (65%), seguido por otros microorganismos Gram negativos como *Proteus*, *Klebsiella* y *Serratia*, entre otros (68,69). La *Stenotrophomonas maltophilia* es un patógeno oportunista con resistencia múltiple a los antibióticos, especialmente en entornos hospitalarios y en pacientes inmunocomprometidos (70). Los factores de riesgo que predisponen a una ITU causada por este microorganismo incluyen la hospitalización, el uso de catéteres urinarios y la administración previa de antibióticos (71). La identificación de este microorganismo en el cultivo de orina explica por qué el paciente no respondió al tratamiento con Ceftriaxona como se esperaba y se tuvo que cambiar a Meropenem.

Los síntomas de una infección del tracto urinario (ITU) baja suelen incluir disuria, micción frecuente, sensación de vaciamiento incompleto de la vejiga, urgencia miccional y dolor en la parte baja del abdomen, mientras que los síntomas de una ITU alta pueden abarcar fiebre, escalofríos, malestar general, náuseas y vómitos, dolor en los costados y en la región lumbar, entre otros, indicando un compromiso más generalizado del organismo (69). En el caso de los adultos mayores, los síntomas típicos pueden no presentarse con la misma intensidad. En su lugar, es más común observar cambios en su estado clínico o funcional (68). Sin embargo, estos cambios no son indicadores definitivos de una ITU, por lo que se recomienda realizar un análisis de orina para confirmar

el diagnóstico (72).

La decisión de hospitalizar a un paciente con una infección del tracto urinario (ITU) complicada debe ser adaptada a las necesidades individuales del paciente. En el caso mencionado, la persistencia de fiebre alta (>38.5°C), malestar general y la presencia de obstrucción urinaria indicaban la necesidad de tratamiento en el hospital (73). Además, el paciente tenía antecedentes de diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica, lo que sugiere que el manejo inicial en la sala de emergencias no fue efectivo y contribuyó al empeoramiento de su condición. Para pacientes con obstrucción urinaria, se recomienda una cobertura antibiótica de amplio espectro hasta obtener los resultados del cultivo de orina. En estos casos, se prefieren antibióticos como los Carbapenems, como Imipenem o Meropenem, y la Vancomicina (69,70,74).

1 Caso clínico N° 3: Trombosis venosa profunda

La trombosis venosa profunda (TVP) implica la obstrucción parcial o total de una vena debido a la presencia de un coágulo de fibrina, acompañado de una respuesta inflamatoria localizada. Se puede dividir en TVP proximal (que afecta venas como las femorales, poplíteas e ilíacas) y TVP distal (que afecta a las venas situadas distalmente a las venas poplíteas) (85).

La fisiopatología de la TVP se basa en la tríada de Virchow, que comprende la estasis sanguínea, la lesión endotelial y la hipercoagulabilidad sanguínea (85,86). Diversas condiciones, como la inmovilización, la obesidad, enfermedades malignas, el síndrome antifosfolípídico y el síndrome nefrótico, entre otros, pueden alterar esta tríada. Las trombofilias, por ejemplo, pueden provocar estados de hipercoagulabilidad que predisponen a la formación de coágulos y se encuentran presentes en aproximadamente el 30% de los pacientes con TVP (87). Dado que las trombofilias podrían haber sido una causa potencial de la TVP en el caso que se presenta, y teniendo en cuenta el antecedente familiar de un trastorno similar, fue necesario descartar este grupo de enfermedades hereditarias.

La presentación clínica suele manifestarse de manera unilateral, aunque también puede afectar ambos lados. Es importante realizar un examen exhaustivo en los pacientes para detectar signos como venas superficiales dilatadas, aumento de volumen en una sola pantorrilla, enrojecimiento y calor en un solo lado, dolor al presionar a lo largo de una vena principal y posibles signos locales o generales de malignidad. El edema tiene una sensibilidad del 97% y una especificidad del 33%; el dolor, una sensibilidad del 86% y una especificidad del 19%; y el calor, una sensibilidad del 72% y una especificidad del 48% (88,89). Utilizando la historia clínica y los hallazgos físicos, se puede aplicar la Escala de Wells modificada para evaluar el riesgo de TVP (85,90). En el caso del paciente, tenía un puntaje mayor a 2, lo que indica una alta probabilidad de TVP. Según la literatura, en estos casos se recomienda realizar una ecografía doppler venosa para confirmar el diagnóstico, ya que tiene una sensibilidad del 100% y una especificidad del 83% (86,91).

En lo que respecta al tratamiento, la anticoagulación se recomienda en todos los casos de TVP proximal y en algunos casos de TVP distal, con el objetivo de prevenir la progresión del trombo y reducir el riesgo de complicaciones como el tromboembolismo pulmonar (92). Este tratamiento se divide en tres fases: una fase inicial que generalmente dura de 5 a 10 días, durante la cual se administran medicamentos como Enoxaparina, Fondaparinux o anticoagulantes orales como Rivaroxaban o Apixaban; una fase de mantenimiento que puede extenderse hasta 6 meses, preferiblemente con inhibidores del factor Xa y trombina como Rivaroxaban/Apixaban o Dabigatrán; y una fase de extensión que se considera después de los 6 meses de tratamiento, evaluando el riesgo y beneficio de continuar con la anticoagulación (85,92,93).

5. Rotación de ginecología y obstetricia

Caso clínico N 1: Gestación a término

La paciente, una mujer de 34 años de edad, llega a la emergencia del Hospital Militar Central (HMC) con 39 semanas de gestación, alrededor del 20 de diciembre de 2023, presentando dolor tipo contracción uterina durante 24 ho-

ras, que ha ido en aumento en frecuencia e intensidad. Además, reporta la pérdida del tapón mucoso aproximadamente hace 6 horas.

En cuanto a sus antecedentes médicos, la paciente niega condiciones relevantes, pero tiene un historial de apendicectomía en 2010. En su historial familiar, destaca el fallecimiento de su madre por cáncer de colon.

Los exámenes físicos revelan una paciente en buen estado general, con signos vitales dentro de parámetros normales y un examen abdominal que muestra una altura uterina de 33 cm y contracciones uterinas cada 8-30 minutos. El examen tocoginecológico indica un cuello uterino dilatado a 4 cm y un índice de posición de -2. Los exámenes de laboratorio muestran resultados dentro de los rangos esperados, sin hallazgos relevantes que indiquen complicaciones.

Con un diagnóstico de gestación a término y trabajo de parto en fase activa, se decide hospitalizar a la paciente para la sala de parto. Durante el proceso de parto, la paciente responde favorablemente a la administración de oxitocina, logrando una frecuencia de contracción de 5 en 10 minutos y una duración de 35 segundos. El parto se desarrolla de manera espontánea y eutócica, con resultados positivos tanto para la madre como para el neonato.

En el primer día de puerperio inmediato, la paciente muestra una evolución estable, con signos vitales normales, mamas adecuadas para la lactancia, sin secreción de calostro, abdomen contraído y escasos loquios hemáticos sin mal olor. Se maneja el dolor con analgésicos, y se brindan instrucciones sobre la técnica de lactancia. Se continúa el manejo del dolor con Ketorolaco 10 mg vía oral cada 8 horas y diclofenaco 75 mg vía intramuscular según necesidad por dolor intenso.

En el segundo día de hospitalización, el dolor abdominal de la paciente disminuye notablemente, y ella puede movilizarse por sí misma, preparándose

para recibir el alta médica al día siguiente.

1 Caso clínico N° 2: Hemorragia uterina anormal

Los leiomiomas uterinos, comúnmente conocidos como miomas o fibromas, constituyen una entidad benigna prevalente en el útero, compuestos por fibras musculares y tejido conectivo (121,122). Destacan como los tumores más frecuentes del músculo liso uterino. Uno de los síntomas prominentes asociados con los leiomiomas es la hemorragia uterina anormal, siendo este un indicador clave de su presencia (123). Además, los miomas son reconocidos como una causa considerable de sangrado tanto en mujeres en edad reproductiva como en aquellas mayores de 40 años (122).

Diversos factores de riesgo se vinculan a la aparición de miomas, como la predisposición genética, la edad, la etnia, la obesidad y la nuliparidad, entre otros (122,124). Aunque muchos leiomiomas son asintomáticos, su sintomatología, cuando se manifiesta, está directamente relacionada con su tamaño, número y ubicación, expresada en semanas menstruales semejantes a un útero gestante (122,125).

La clasificación de los miomas según el sistema de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) permite predecir resultados de procedimientos como la miomectomía laparoscópica. Este sistema identifica subtipos según su ubicación, como submucosos, intramurales, subserosos y cervicales (Anexo 6) (126). Los síntomas se categorizan en sangrado menstrual prolongado, dolor y presión pélvica, así como disfunción reproductiva (122,127,128).

La evaluación diagnóstica inicial se realiza mediante ecografía transvaginal, siendo el primer examen de elección por su alta sensibilidad, alcanzando hasta un 95-100% (129). Otros estudios, como histerosonografías, Resonancias Magnéticas Nucleares, ecografías doppler o histeroscopías, pueden complementar la evaluación (122,128,129). El manejo de los miomas se determina considerando la sintomatología, ubicación, número y edad de la pa-

ciente, además de su paridad. Por ejemplo, en casos de miomas submucosos tipo 0, la miomectomía histeroscópica se presenta como

una opción destacada, siendo un procedimiento de recuperación rápida con bajo riesgo de complicaciones, y en este caso específico, se mostró beneficioso, dado el tipo y tamaño del mioma (128,130).

1 CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El periodo de internado médico, que se inició en marzo de 2023 en el contexto post pandemia de COVID-19, representó una fase crucial en nuestra formación como estudiantes de Medicina. Este periodo de formación clínica nos permitió integrar y aplicar los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante los seis años previos de estudio. En particular, la rotación en Cirugía General fue una experiencia enriquecedora a pesar de las restricciones de la segunda ola de la pandemia. Tuvimos la oportunidad de participar en diversas especialidades, desde Cirugía de Cabeza y Cuello hasta Traumatología, realizando procedimientos que abarcaron desde evaluaciones de ostomas hasta intervenciones complejas como laparotomías exploratorias por quiste hidatídico de gran tamaño.

En el área de Medicina Interna, nos enfrentamos a una amplia casuística en el Hospital Militar Central, lo que nos permitió abordar y comprender la evaluación clínica, diagnóstico y tratamiento de múltiples patologías. La complejidad de tener pacientes con diversas patologías concurrentes nos enseñó a considerar al paciente como un todo, integrando y relacionando los conocimientos adquiridos en diferentes momentos de nuestros estudios.

No obstante, el internado no estuvo exento de desafíos. La nueva ola de COVID-19 afectó la distribución equitativa de casos en la rotación de Pediatría, y durante la rotación de Medicina Interna, la mayoría de los internos se vieron afectados por la pandemia, lo que implicó cubrir turnos adicionales y adaptarse a la carga de trabajo.

A pesar de los obstáculos, esta experiencia fortaleció nuestras habilidades clínicas y nos preparó para enfrentar situaciones diversas en el ejercicio futuro de la medicina. La variedad de escenarios y la aplicación directa de conocimientos nos permitieron desarrollar no solo habilidades técnicas, sino también habilidades interpersonales, trabajar bajo presión y entender la importancia del seguimiento integral del paciente.

V.-CONCLUSIONES

El internado médico del año 2023 marcó un periodo esencial en mi formación como estudiante de Medicina Humana, consolidando tanto los conocimientos teóricos como las habilidades prácticas adquiridas a lo largo de mi carrera. Durante este período de 10 meses, distribuidos en rotaciones que abarcaban Pediatría y Neonatología, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, y Cirugía General, experimenté la oportunidad de aplicar en la práctica lo aprendido teóricamente, enfrentándome a situaciones reales que fortalecieron mi seguridad y destreza clínica.

En cada rotación, desde la atención en Pediatría hasta el desafiante entorno de Cirugía General, pude interactuar con pacientes, familiares y diversos profesionales de la salud. Además de contribuir al manejo integral de casos clínicos, participé en exposiciones académicas, compartiendo experiencias y aprendizajes, lo que no solo consolidó mis conocimientos sino también promovió una cultura de colaboración en el equipo médico.

El internado no solo se trata de aplicar procedimientos médicos, sino de comprender la dinámica hospitalaria, trabajar en equipo y enfrentar desafíos cotidianos. Aprendí a gestionar horarios laborales, comprender responsabilidades y reconocer las carencias en los centros de salud, lo que me motivó a participar activamente en actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

En la sede principal, una institución militar, además de fortalecer mis habilidades médicas, experimenté una identificación más profunda con nuestros símbolos patrios y la disciplina profesional. El aprendizaje no solo se limitó a los aspectos clínicos, sino que se extendió a valores, ética y habilidades interpersonales.

Cada paciente atendido representó una oportunidad de crecimiento, no solo en términos de conocimientos médicos, sino también en habilidades blandas. La interacción con el paciente y su entorno familiar me enseñó la importancia de la empatía, la comunicación efectiva y la paciencia en el ejercicio de la

medicina.

En resumen, el internado médico no solo es un ¹ año de enseñanzas, sino un período integral para formar a futuros profesionales de Medicina Humana.

Más allá de las habilidades clínicas, se destaca la importancia de las habilidades interpersonales y el aspecto psicológico, fundamentales para una práctica médica efectiva y centrada en el bienestar del paciente.

VI.-RECOMENDACIONES

Durante mi internado médico en el 2023, me enfrenté a desafíos y cambios significativos debido a la pandemia por SARS-CoV-2, los cuales afectaron la duración y la estructura del internado. A pesar de la reducción en las horas de práctica clínica y guardias, reconocí la importancia de aprovechar al máximo cada oportunidad de aprendizaje y de buscar fuentes confiables de medicina basada en evidencia para enriquecer mis conocimientos.

La adaptación a las nuevas dinámicas de trabajo no solo dependió de las circunstancias, sino también de mi disposición y esfuerzo para compensar las limitaciones impuestas por la pandemia. Buscar actividades académicas, tanto en las sedes como organizadas por la universidad, se convirtió en una estrategia clave para complementar mi formación. La participación activa en estas actividades no solo fortaleció mi aprendizaje sino que también me permitió compartir conocimientos con mis compañeros.

En este proceso, reconocí la importancia de mantener un enfoque integral en la profesión médica. Más allá de la adquisición de conocimientos técnicos, destaco la relevancia de cultivar habilidades blandas, como la comunicación asertiva y la empatía. Cada paciente atendido durante el internado representó una oportunidad para aplicar teoría en la práctica y para comprender la importancia del lado humano de la medicina.

Al reflexionar sobre mi experiencia, quiero compartir algunas recomendaciones para futuros internos. En primer lugar, insto a comenzar el internado con una actitud abierta y receptiva, buscando aprender de cada caso y repasándolo de manera continua. Aprovechar el tiempo en el hospital para asociar conocimientos previos a situaciones clínicas concretas es esencial.

Adicionalmente, sugiero promover actividades académicas centradas en la promoción y prevención de la salud. Explorar diversas etapas de atención médica, más allá de las que se experimentan en el hospital, puede ofrecer una perspectiva más completa. Conocer a los tutores asignados desde el primer día y establecer una relación de confianza facilitará la planificación

de actividades académicas y proporcionará un recurso valioso para resolver dudas.

En cuanto a la virtualidad, considero que seguir promoviéndola para el desarrollo de actividades académicas con los tutores puede ser beneficioso. Esta modalidad puede contribuir a mantener la constancia, respetar los horarios hospitalarios y facilitar la participación en actividades académicas más amplias.

En resumen, el internado médico del 2023 fue un periodo desafiante pero enriquecedor. Aunque las circunstancias impusieron cambios, la dedicación y la adaptabilidad fueron clave para aprovechar al máximo cada experiencia y contribuir al desarrollo integral como futuro profesional de la medicina.

VII.-FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ugarte O. Documento Técnico “Lineamientos para el desarrollo de las actividades de los internos de ciencias de la salud 2021 en el marco de la emergencia sanitaria” [Internet]. Ministerio de Salud; 2021 [citado el 20 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1976734-779-2021-minsa>
2. Historia del Hospital Militar Central [Internet]. Hospital Militar Central. [citado el 24 de febrero de 2024]. Disponible en: http://hmc.ejercito.mil.pe/nosotros_historia
3. Información Institucional - Presentación [Internet]. Instituto Nacional Materno Perinatal. [citado el 24 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/presentacion/1415392103>
4. Cartería de Servicios [Internet]. Instituto Nacional Materno Perinatal. [citado el 24 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/servicios/cartera-de-servicios/1547571289>
5. Hernández J, De León J, Martínez M, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cirujano General. 2019;41(1):33–8.
6. Meléndez J, Cosío H, Sarmiento W. Sensibilidad y especificidad de la Escala de Alvarado en el diagnóstico de pacientes atendidos por apendicitis aguda en Hospitales del Cusco. HorizMed. 2019;19(1):13–8.
7. Reyes N, Zaldívar F, Cruz R, et al. Precisión diagnóstica de la escala RIPASA para el diagnóstico de apendicitis aguda: análisis comparativo con la escala de Alvarado modificada. Cirujano General. 2012;34(2):101–6.
8. Garro V, Rojas S, Thuel M. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencias. Revista Médica Sinergia. 2019;4(12):e316.
9. Andersen B, Kallehave F, Andersen H. Antibiotics versus placebo for prevention of postoperative infection after appendicectomy. Cochrane Da-

tabase Syst Rev. 2003;(2):CD001439

10. Hernández J, García R, Martínez M, et al. Empleo de antibióticos en el postoperatorio de apendicitis aguda: revisión de la literatura. *Cirujano General*. 2018;40(4):262–9.
11. Longo D, Kasper D, Jameson J, et al. *Harrison: Principios de Medicina Interna*. 18a ed. México: McGraw-Hill; 2012. 2621–2624 p.
12. Gargallo C, Aranguren F, Simón M. Colecistitis aguda. *Emergencias en gastroenterología y hepatología*. 2011;10(1):47–52.
13. Barie P, Eachempati S. Acute Acalculous Cholecystitis. *Gastroenterology Clinics of North America*. 2010;39(2):343–57.
14. Ryu J, Ryu K, Kim K. Clinical Features of Acute Acalculous Cholecystitis. *Journal of Clinical Gastroenterology*. 2003;36(2):166–9.
15. Jagannath S, Singh V, Cruz M, et al. A long-term cohort study of outcome after cholecystectomy for chronic acalculous cholecystitis. *The American Journal of Surgery*. 2003;185(2):91–5.
16. Trowbridge R, Rutkowski N, Shojania K. Does This Patient Have Acute Cholecystitis? *JAMA*. 2003;289(1):80–6.
17. Mirvis S, Whitley N, Miller J. CT diagnosis of acalculous cholecystitis. *J Comput Assist Tomogr*. 1987;11(1):83–7.
18. Kalliafas S, Ziegler D, Flancbaum L, et al. Acute acalculous cholecystitis: incidence, risk factors, diagnosis, and outcome. *Am Surg*. 1998;64(5):471–5.
19. Sciuto P. Hernias de la Pared Abdominal. *Clin Quir FM UdelaR*. 2018;6.
20. The HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018;22(1):1–165.
21. Burcharth J, Pedersen M, Bisgaard T, et al. Nationwide Prevalence of Groin Hernia Repair. *PLoS ONE*. 2013;8(1):e54367.
22. Armas B, Agramante O. Maniobras y artificios quirúrgicos en la hernia inguinal. *Revista Cubana de Cirugía*. 2015;54(3):195–9.
23. Leubner K, Chop W, Ewigman B, et al. What is the risk of bowel

strangulation in an adult with an untreated inguinal hernia? *The Journal of Family Practice*. 2007;56(12):1039–41.

24. Robinson A, Light D, Kasim A, et al. A systematic review and meta-analysis of the role of radiology in the diagnosis of occult inguinal hernia. *Surg Endosc*. 2013;27(1):11–8.

25. Rosemar A, Angerås U, Rosengren A, et al. Effect of Body Mass Index on Groin Hernia Surgery. *Annals of Surgery*. 2010;252(2):397–401.

26. Granda A, Correa S, Quispe A. Herniorrafía con la técnica de Lichtenstein versus Nyhus en el manejo de las hernias inguinales y sus complicaciones postoperatorias en un hospital del Perú. *Acta Med Peru*. 2016;33(3):208.

27. Ballesteros C, Bernal J, Cavanilles J. Capítulo 110 - Fractura de la Extremidad Distal del Radio. En Barcelona: Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; p. 518–21.

28. Gutow A. Avoidance and Treatment of Complications of Distal Radius Fractures. *Hand Clinics*. 2005;21(3):295–305.

29. Medoff R. Essential Radiographic Evaluation for Distal Radius Fractures. *Hand Clinics*. 2005;21(3):279–88.

30. Hernández E, Mosquera G, Quesada R. Tratamiento quirúrgico de fractura de radio distal con placa volar bloqueada Synthes® de doble columna. *Rev Arch Med Camagüey*. 2019;23(1):122–30.

31. Mazzi E. Hiperbilirrubinemia neonatal. *Rev Soc Bol Ped*. 2005;44(1):26–35.

32. Rodríguez J, Figueras J. Ictericia neonatal. Asociación Española de Pediatría [Internet]. 2008 [citado el 20 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/38.pdf> Kaplan M, Hammerman C, Vreman H. Direct antiglobulin titer strength and hyperbilirubinemia. *Pediatrics*. 2014;134(5):e1340-1344.

33. Hernández M, Iglesias T, Abascal H. Isoinmunización ABO en recién nacidos en Pinar del Río. *Rev Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 2017;21(4):471–9.

34. Hisham A, Azza A, Tantaw R, et al. CD144+ endothelial microparticles as a marker of endothelial injury in neonatal ABO blood group incompatibility. *Blood Transfus.* 2014;12(2):250–9.
35. Ryan M, Adams M. Delayed cord clamping in red blood cell alloimmunization: safe, effective, and free? *Transl Pediatr.* 2016;5(2):100–3.
36. Oza S, Lawn J, Hogan D, et al. Neonatal cause-of-death estimates for the early and late neonatal periods for 194 countries: 2000–2013. *Bull World Health Organ.* 2015;93(1):19–28.
37. Dávila C, Hinojosa R, Mendoza E, et al. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la sepsis neonatal: Guía de práctica clínica basada en evidencias del Instituto Nacional Materno Perinatal del Perú. *Anales de la Facultad de Medicina.* 2020;81(3):354–64.
38. Kimberlin D, Brady M, Jackson M, et al. Group B streptococcal infections. En: *Red Book.* 31a ed. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2018. p. 792.
39. Bizzarro M, Raskind C, Baltimore R, et al. Seventy-Five Years of Neonatal Sepsis at Yale: 1928–2003. *Pediatrics.* 2005;116(3):595–602.
40. Rios C, Navia MP, Díaz M, et al. Factores de riesgo asociados a sepsis neonatal. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría.* 2005;44(2):87–92.
41. Arias S, Cáceres F, Geysen D, et al. Factores de riesgo asociados a sepsis neonatal tardía. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.* 2019;57(4):226–31.
42. Nizet V, Klein J. Bacterial sepsis and meningitis. En: Remington J, editor. *Infectious diseases of the Fetus and Newborn Infant.* 8a ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2016. p. 217.
43. Puopolo K, Benitz W, Zaoutis T, et al. Management of Neonates Born at ≥ 35 0/7 Weeks' Gestation with Suspected or Proven Early-Onset Bacterial Sepsis. *Pediatrics.* 2018;142(6):2018-894.
44. Orellana C, Bernal R, Azabache P, et al. Faringoamigdalitis Aguda. En: *Manual de Urgencias y Emergencias en Pediatría.* 3a ed. Lima, Perú:

AMERINSN; 2018. p. 11–6.

45. Kronman M, Zhou C, Mangione R. Bacterial Prevalence and Antimicrobial Prescribing Trends for Acute Respiratory Tract Infections. *Pediatrics*. 2014;134(4):e956–65.

46. Shulman S, Bisno A, Clegg H, et al. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis: 2012 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2012;55(10):86– 102.

47. Piñeiro R, Hijano F, Álvarez F, et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. *An Pediatr (Barc)*.2011;75(5):342.e1-13.

48. Roggen I, Van Berlaer G, Gordts F, et al. Centor criteria in children in a paediatric emergency department: for what it is worth. *BMJ Open*. 2013;3(4):e002712.

49. Spinks A, Glasziou P, Del Mar C. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 2013(11):CD000023.

50. Kimberlin D, Brady M, Jackson M, et al. Group A Streptococcus. En: *Red Book*. 30a ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2015. 732p.

51. Marín J, Cubillo A, Gómez-Escalonilla N, et al. ¿Es posible el diagnóstico clínico de la faringoamigdalitis estreptocócica? *Aten Primaria*. 2007;39(7):361–5.

52. Gonzales S, Bada M, Rojas G, et al. Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda infecciosa en pediatría Perú - 2011. *Revista de Gastroenterología del Perú*. 2011;31(3):258–77.

53. Flórez I, Contreras J, Sierra J, et al. Guía de Práctica Clínica de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. Diagnóstico y tratamiento. *Pediatr*. 2015;48(2):29–46.

54. Arancibia A. Diarrea aguda en el lactante y preescolar. *Gastroenterol latinoam.* 2019;30(1):26–30.
55. Duggan C, Refat M, Hashem M, et al. How Valid Are Clinical Signs of Dehydration in Infants? *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition.* 1996;22(1):56–61.
56. Casado P, Santos R, Enamorado G, et al. Tiempos de aplicación de las escalas de deshidratación clínica y de Gorelick en la emergencia pediátrica. *MediCiego.* 2019;25(2):15–25.
57. García M, Olivas C, López M. Deshidratación aguda. *Protoc diagn ter pediatr.* 2020;1:215–31.
58. García P. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en la niña y el niño [Internet]. Ministerio de Salud;2017 [citado el 20 de febrero de 2024].
59. Reyes U, Reyes K, Santos L, et al. Enfermedad diarreica aguda en niños. *Revista Salud Quintana Roo.* 2018;11(40):34–41.
60. Foxman B, Brown P. Epidemiology of urinary tract infections: transmission and risk factors, incidence, and costs. *Infect Dis Clin North Am.* 2003;17(2):227–41.
61. Verdejo C. Infecciones urinarias en el anciano: Diagnóstico y tratamiento. *Clínicas Urológicas de la Complutense.* 1997;5:221–34.
62. Delgado P. Infecciones Urinarias [Internet]. *Nefrología al Día.* 2019 [citado el 20 de febrero de 2024]. Disponible en: <http://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-infecciones-urinarias-255>
63. Chang Y, Lin C, Chen Y, et al. Update on infections caused by

Stenotrophomonas maltophilia with particular attention to resistance mechanisms and therapeutic options. *Front Microbiol.* 2015;6:893.

64. Vartivarian S, Papadakis K, Anaissie E. *Stenotrophomonas* (Xanthomonas) *maltophilia* urinary tract infection. A disease that is usually severe and complicated. *Arch Intern Med.* 1996;156(4):433–5.

65. Dasgupta M, Brymer C, Elsayed S. Treatment of asymptomatic UTI in older delirious medical in-patients: A prospective cohort study. *Arch Gerontol Geriatr.* 2017;72:127–34.

66. Ward G, Jordan R, Severance H. Treatment of pyelonephritis in an observation unit. *Ann Emerg Med.* 1991;20(3):258–61.

67. Kumar S, Bandyopadhyay M, Chatterjee M, et al. *Stenotrophomonas maltophilia*: Complicating treatment of ESBL UTI. *Adv Biomed Res.* 2015;4:36.

68. OPS/OMS [Internet]. Organización Panamericana de la Salud: Diabetes. [Citado el 25 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>

69. Armstrong D, Boulton A, Bus S. Diabetic Foot Ulcers and Their Recurrence. *N Engl J Med.* 2017;376(24):2367–75.

70. Walsh J, Hoffstad O, Sullivan M, et al. Association of diabetic foot ulcer and death in a population-based cohort from the United Kingdom. *Diabet Med.* 2016;33(11):1493–8.
71. Bus S, Van Netten J, Lavery L, et al. IWGDF guidance on the prevention of foot ulcers in at-risk patients with diabetes. *Diabetes Metab Res Rev.* 2016;32(1):16–24.
72. American Diabetes Association. Microvascular Complications and Foot Care: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. *Diabetes Care.* 2020;43(1):135–51.
73. Lipsky B, Berendt A, Cornia P, et al. 2012 Infectious Diseases Society of America clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of diabetic footinfections. *Clin Infect Dis.* 2012;54(12):132-173.
74. Lipsky B, Berendt A, Deery H, et al. Diagnosis and treatment of diabetic foot infections. *Clin Infect Dis.* 2004;39(7):885–910.
75. Johani K, Fritz B, Bjarnsholt T, et al. Understanding the microbiome of diabetic foot osteomyelitis: insights from molecular and microscopic approaches. *Clin Microbiol Infect.* 2019;25(3):332–9.
76. Wagner F. The dysvascular foot: a system for diagnosis and treatment. *Foot Ankle.* 1981;2(2):64–122.
77. Iversen M, Tell G, Espehaug B, et al. Is depression a risk factor for diabeticfoot ulcers? 11-years follow-up of the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *J Diabetes Complications.* 2015;29(1):20–5.
78. Sandino V, Vega E. Abordaje de trombosis venosa profunda en miembrosinferiores. *Revista Medica Sinergia.* 2020;5(2):360.
79. Chama A, Becerra J, Valdez R, et al. Diagnóstico y tratamiento de la

trombosis venosa profunda. Revista mexicana de angiología. 2021;49(1):24–

80. Dahlbäck B. Advances in Understanding Mechanisms of Thrombophilic Disorders. *Hamostaseologie*. 2020;40(1):12–21.

81. Sandler D, Martin J, Duncan J, et al. Diagnosis of deep-vein thrombosis: comparison of clinical evaluation, ultrasound, plethysmography, and venoscan with X-ray venogram. *Lancet*. 1984;2(8405):716–9.

82. Goodacre S, Sutton A, Sampson F. Meta-analysis: The value of clinical assessment in the diagnosis of deep venous thrombosis. *Ann Intern Med*. 2005;143(2):129–39.

83. Wells P, Anderson D, Rodger M, et al. Evaluation of D-dimer in the diagnosis of suspected deep-vein thrombosis. *N Engl J Med*. 2003;349(13):1227–35.

84. García J, Bolaño S, Dosouto V, et al. Ecografía Doppler en el diagnóstico de trombosis venosa profunda de miembros inferiores. *Multimed*. 2020;24(6):1271–82.

85. Den Exter P, Van Es J, Erkens P, et al. Impact of delay in clinical presentation on the diagnostic management and prognosis of patients with suspected pulmonary embolism. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013;187(12):1369–73.

86. Stevens S, Woller S, Kreuziger L, et al. Antithrombotic Therapy for VTE Disease: Second Update of the CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest*. 2021;160(6):545–608.

87. Gupta M, Sachdev A. Acute cholangitis - An overview of diagnosis and medical management. *Journal of Medical College Chandigarh*.

2016;6(2):1–8.

88. Vagholkar K. Acute cholangitis: Diagnosis and management. *International Journal of Surgery Science*. 2020;4(2):601–4.

89. Sung J, Costerton J, Shaffer E. Defense system in the biliary tract against bacterial infection. *Dig Dis Sci*. 1992;37(5):689–96.

90. Kimura Y, Takada T, Kawarada Y, et al. Definitions, pathophysiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis: Tokyo Guidelines. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2007;14(1):15–26.

91. Van den Hazel S, Speelman P, Tytgat G, et al. Role of antibiotics in the treatment and prevention of acute and recurrent cholangitis. *Clin Infect Dis*. 1994;19(2):279–86.

92. Mosler P. Diagnosis and management of acute cholangitis. *Curr Gastroenterol Rep*. 2011;13(2):166–72.

93. Kiriya S, Kozaka K, Takada T, et al. Diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*. 2018;25(1):17–30.

94. Solomkin J, Mazuski J, Bradley J, et al. Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children: guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2010;50(2):133–64.

95. Gomi H, Solomkin J, Schlossberg D, et al. Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*. 2018;25(1):3–16.

96. Lai E, Mok F, Tan E, et al. Endoscopic biliary drainage for severe acute cholangitis. *N Engl J Med*. 1992;326(24):1582–6.

97. Kumar D, Moore R, Mercer B, et al. The physiology of fetal membrane weakening and rupture: Insights gained from the determination of physical properties revisited. *Placenta*. 2016;42:59–73.
98. Ruptura Prematura de Membranas. En: *Guías de Práctica Clínica y de procedimientos de Obstetricia y Perinatología*. Instituto Nacional Materno Perinatal; 2018. p. 110–5.
99. Barrionuevo S, Rivera E. Factores de riesgos de ruptura prematura de membranas. Hospital Provincial General Docente Riobamba. Noviembre 2017- febrero 2018. *Revista Eugenio Espejo*. 2018;12(1):53–63.
100. Lugones M, Ramírez M. Rotura prematura de membranas, aspectos de interés para la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina GeneralIntegral*. 2010;26(4):682–93.
101. Alexander J, Mercer B, Miodovnik M, et al. The impact of digital cervical examination on expectantly managed preterm rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;183(4):1003–7.
102. Orias M. Ruptura prematura de membranas. *Revista Médica Sinergia*. 2020;5(11):606.
103. Liang D, Qi H, Luo X, et al. Comparative study of placental α -microglobulin-1, insulin-like growth factor binding protein-1 and nitrazine test to diagnose premature rupture of membranes: a randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol Res*. 2014;40(6):1555–60.
104. Prelabor Rupture of Membranes: ACOG Practice Bulletin, Number 217. *Obstet Gynecol*. 2020;135(3):e80–97.

105. Alfirevic Z, Keeney E, Dowswell T, et al. Which method is best for the induction of labour? A systematic review, network meta-analysis and cost-effectiveness analysis. *Health Technol Assess.* 2016;20(65):1–584.
106. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Trastornos hipertensivos en la gestación. *Prog Obstet Ginecol.* 2020;63:244–72.
107. Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstet Gynecol.* 2020;135(6):e237–60.
108. Duckitt K, Harrington D. Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. *BMJ.* 2005;330(7491):565.
109. Bartsch E, Medcalf K, Park A, et al. High risk of re-eclampsia identification group. Clinical risk factors for pre-eclampsia determined in early pregnancy: systematic review and meta-analysis of large cohort studies. *BMJ.* 2016;353:i1753.
110. Salas B, Montero F, Alfaro G. Trastornos hipertensivos del embarazo: comparación entre la guía de la Caja Costarricense del Seguro Social del 2009 y las recomendaciones de la Asociación de Ginecología Obstetricia del 2019. *Revista Médica Sinergia.* 2020;5(7):532.
111. Magee L, Pels A, Helewa M, et al. Canadian Hypertensive Disorders of Pregnancy Working Group. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: executive summary. *J Obstet Gynaecol Can.* 2014;36(5):416–41.
112. Amorim M, Souza A, Katz L. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for severe pre-eclampsia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;10: 9430.

113. Odigboegwu O, Pan L, Chatterjee P. Use of Antihypertensive Drugs During Preeclampsia. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*. 2018;5(50):1–4.
114. Donnez J, Dolmans M. Uterine fibroid management: from the present to the future. *Human Reproduction Update*. 2016;22(6):665–86.
115. Murga A, editor. *Guías de Práctica Clínica y de procedimientos en Ginecología*. Perú: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2015. Vol. 2. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del leiomioma del útero; 2015. p. 20–34.
116. Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Practice bulletin no. 128: diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. *Obstet Gynecol*. 2012;120(1):197–206.
117. Pavone D, Clemenza S, Sorbi F, et al. Epidemiology and Risk Factors of Uterine Fibroids. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2018; 46:3–11.
118. Stewart E. Clinical practice. Uterine fibroids. *N Engl J Med*. 2015;372(17):1646–55.
119. Munro M, Critchley H, Fraser I. FIGO Menstrual Disorders Working Group. The FIGO classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. *Fertil Steril*. 2011;95(7):2204–8.
120. Borah B, Nicholson W, Bradley L, et al. The impact of uterine leiomyomas: a national survey of affected women. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;209(4):319–20.
121. Hernández M, Valerio E, Tercero-Valdez C, et al. Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. *Ginecología y obstetricia de México*.

2017;85(9):611–33.

122. Sundermann A, Velez D, Bray M, et al. Leiomyomas in Pregnancy and Spontaneous Abortion: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2017;130(5):1065–72.

123. Marret H, Fritel X, Ouldamer L, et al. Therapeutic management of uterine fibroid tumors: updated French guidelines. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2012;165(2):156–64.

124. Rodríguez M, Prats P, Fournier S, et al. Guía clínica de actuación de la interrupción del embarazo. *Diagn Prenat.* 2013;24(1):11–4. Wyatt P, Owolabi T, Meier C, et al. Age-specific risk of fetal loss observed in a second trimester serum screening population. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(1):240–6.

125. González M. Pérdida Gestacional. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica.* 2016;74(619):309–15.

126. Seda J, Gómez J, Orta M. Traumatismos en la embarazada. *Emergencias y Catastrofes.* 2000;1(4):237–45.

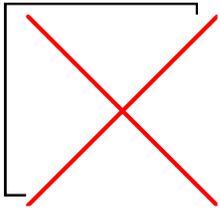
127. Fanslow J, Silva M, Whitehead A, et al. Pregnancy outcomes and intimate partner violence in New Zealand. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2008;48(4):391–7.

128. DeVilbiss E, Naimi A, Mumford S, et al. Vaginal bleeding and nausea in early pregnancy as predictors of clinical pregnancy loss. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;223(4):570-84.

129. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics and the American Institute of Ultrasound in Medicine. Practice Bulletin No. 175: Ultrasound in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* diciembre de 2016;128(6):241–56.

130. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente: Guía de Práctica Clínica. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública;2013.

131. Alarcón M. El legrado uterino, indicaciones, beneficios y riesgos. Revista De Los Estudiantes De Medicina De La Universidad Industrial De Santander. 2007;20(2):151-6



● 18% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 18% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	repositorio.usmp.edu.pe Internet	17%
2	repositorioacademico.upc.edu.pe Internet	<1%
3	slideshare.net Internet	<1%
4	vdocuments.com.br Internet	<1%
5	www3.gobiernodecanarias.org Internet	<1%
6	G. Mortuaire, T. Vanderhaegen. "Epistaxis: conducta práctica", EMC - T... Crossref	<1%
7	scribd.com Internet	<1%