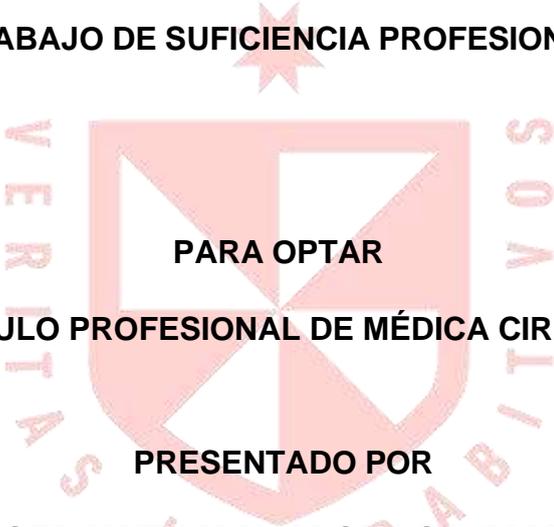


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL CRL  
LUIS ARIAS SCHREIBER DURANTE MARZO 2023 - DICIEMBRE  
2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

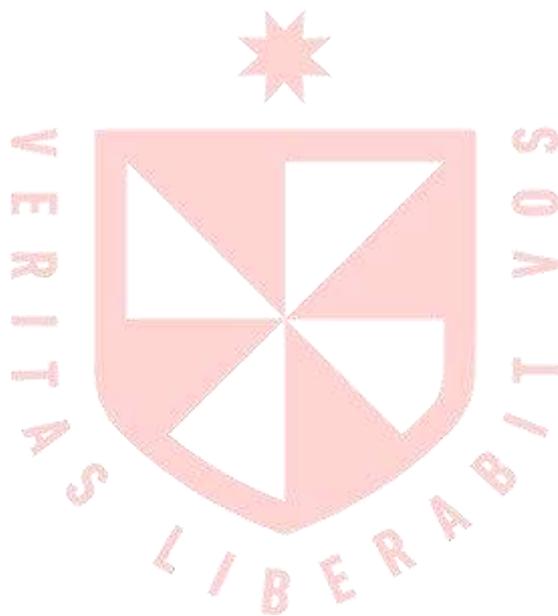


**PARA OPTAR  
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA  
PRESENTADO POR  
MARCEL NATHALY MACHACA OMONTE  
CAMILA VICTORIA MILIAN ROJAS**

**ASESOR  
LINCOLN FLORENCIO BLÁCIDO TRUJILLO**

**LIMA- PERÚ**

**2024**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada**  
**CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL  
CRL LUIS ARIAS SCHREIBER DURANTE MARZO 2023 -  
DICIEMBRE 2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR  
MARCEL NATHALY MACHACA OMONTE  
CAMILA VICTORIA MILIAN ROJAS**

**ASESOR  
MC. LINCOLN FLORENCIO BLÁCIDO TRUJILLO**

**LIMA PERU**

**2024**

## **JURADO**

**PRESIDENTE: Dr. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA**

**MIEMBRO: Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE**

**MIEMBRO: Dr. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA**

## INDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>ii</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>iii</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>v</b>
<b>CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	<b>1</b>
1.1 Rotación en Medicina Interna	1
1.2. Rotación en Pediatría	7
1.3. Rotación en Ginecología y Obstetricia	12
1.4. Rotación en Cirugía General	17
<b>CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b>	<b>24</b>
<b>CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	<b>25</b>
3.1. Rotación en Medicina Interna	25
3.2. Rotación en Pediatría	28
3.3. Rotación en Ginecología y Obstetricia	30
3.4. Rotación en Cirugía General	32
<b>CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	<b>36</b>
<b>CAPÍTULO V. CONCLUSIONES</b>	<b>38</b>
<b>CAPÍTULO VI. RECOMENDACIONES</b>	<b>39</b>
<b>CAPÍTULO VII. FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>40</b>

## RESUMEN

El Internado médico es el séptimo y último año de la carrera de medicina humana. En este periodo se lograron poner en práctica los conocimientos adquiridos en los 6 años anteriores de carrera pasando por 4 rotaciones: medicina interna, cirugía general, ginecología- obstetricia y pediatría.

El presente trabajo se basa en la experiencia de las autoras en el periodo de su internado médico, que comprende desde el 01 de marzo del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023.

A continuación, serán presentados 16 casos clínicos de las patologías más comunes recopilados a lo largo de estas rotaciones. Siendo el principal objetivo describir los casos clínicos y sus tratamientos en base a la experiencia adquirida en el Internado Médico 2023.

Para esto se recopilan 16 casos clínicos de pacientes que fueron atendidos en el Hospital Militar Central. Tratándose de 4 casos clínicos por cada una de las áreas en las cuales se rotó: ginecología-obstetricia, cirugía general, medicina interna y pediatría.

Se concluye que el periodo de internado médico llega a su fin dejando en el interno una gran consolidación de conocimientos. esto gracias a que se pudo participar en toda la cronología del paciente; desde su ingreso hasta su recuperación. Dichas enseñanzas podrán ser aplicadas en el futuro SERUMS siempre buscando el bien de la población.

**Palabras Clave:** Internado Medico, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Cirugía General.

## ABSTRACT

The Medical Internship is the seventh and final year of the human medicine degree. In this period, it was possible to put in practice the knowledge acquired in the previous 6 years of the degree through 4 rotations: internal medicine, general surgery, gynecology-obstetrics and pediatrics.

This paper is based on the authors experience during their medical internship, from March 1, 2023, to December 31, 2023.

Below are 16 clinical cases of the most common pathologies collected throughout these rotations. The main objective is to describe the clinical cases and their treatments based on the experience acquired in the 2023 Medical Internship. To this end, 16 clinical cases of patients who were treated at the Central Military Hospital are compiled. There were 4 clinical cases for each of the areas in which we rotated: gynecology-obstetrics, general surgery, internal medicine and pediatrics.

It is concluded that the period of medical internship comes to an end, leaving in the intern a great consolidation of knowledge. This is thanks to the fact that it was possible to participate in the entire chronology of the patient, from your admission to your recovery. These teachings can be applied in the future, always seeking the good of the population.

**Key words:** Medical Internship, Internal Medicine, Gynecology and Obstetrics, Pediatrics, General Surgery.

NOMBRE DEL TRABAJO

**INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL  
MILITAR CENTRAL CRL LUIS ARIAS SCH  
REIBER DURANTE MARZO 2023 - DICIEM**

AUTOR

**MARCEL NATHALY MACHACA OMONT  
E**

RECUENTO DE PALABRAS

**9452 Words**

RECUENTO DE CARACTERES

**53430 Characters**

RECUENTO DE PÁGINAS

**50 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**112.2KB**

FECHA DE ENTREGA

**Jun 11, 2024 4:17 PM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Jun 11, 2024 4:19 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

NA 018065900  
Lincoln F. Blacido Trujillo  
MÉDICO PEDIATRA  
CMP 18196 RNE 11962

**DNI: 07234763**

<https://orcid.org/0000-0002-1829-3679>

## INTRODUCCIÓN

En Perú la carrera de medicina humana tiene una duración de 7 años. Se inicia con el bloque de ciencias básicas durante los primeros 3 años, clases que serán impartidas en la sede universitaria. Se continua con el bloque de ciencias clínicas en los subsecuentes 4 años, momento en el cual los alumnos irán a diversos centros de salud a fin de poder aprender, además de en su facultad, de casos clínicos verdaderos. Por último, se consolida todo este aprendizaje en el séptimo y último año, momento en el cual el alumno realiza el internado médico.

Antes del 2020 el internado médico comprendía el periodo de un año. Comenzaba al inicio de este, el 01 de enero y concluía con su término el 31 de diciembre. Se realizaba en establecimientos de salud de tercer nivel y se rotaba por 4 grandes servicios, los cuales eran Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía General y Pediatría por 3 meses en cada uno de ellos.

Esto cambió en marzo del 2020 con la llegada del COVID-19. Se tomaron medidas como la reducción del tiempo de internado médico que pasó de 12 meses a 10 meses siendo esta la limitante más importante para las autoras pues pese a que su internado médico fuese en el año 2023 esta medida se mantuvo.

El objetivo del presente trabajo es describir algunos de los casos clínicos más frecuentes que las autoras vieron en sus 4 rotaciones en el Hospital Militar Central durante 10 meses. En estos casos clínicos se tuvo la gran oportunidad de participar activamente en el proceso de ingreso, diagnóstico, tratamiento y posterior recuperación de los pacientes. Las autoras esperan que este trabajo sirva a futuros internos si consideran realizar este período tan importante en el Hospital Militar Central.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El Internado médico es indispensable para la formación de los que serán los futuros médicos. En este periodo se adquieren habilidades médicas y sociales necesarias para poder actuar en la futura vida profesional. Todo esto gracias a que desde el primer día el interno asume un rol activo en cuanto a sus pacientes, todo esto guiado y supervisado por médicos capacitados.

### **1.1 Rotación en Medicina Interna**

En este servicio el interno aplica el conocimiento adquirido sobre atención integral en pacientes adultos. Se ingresa muy temprano en la mañana para realizar la evolución y recetas de pacientes hospitalizados. Unas horas más tarde se va al pase de visita con el médico asistente de turno donde se presenta a los pacientes que el interno tenga a cargo. Posterior a esto, si hay algún medicamento o indicación adicional que se diese en el pase de visita, el interno deberá cursar y realizar las curaciones si las hubiera.

#### **Caso clínico N.º 1**

Paciente varón de 76 años es traído al hospital por familiar, quien refiere que el día 15/08 a las 9 am el paciente no salía de su departamento, ingresan con los bomberos y encuentran al paciente en el piso, con disartria y hemiparesia izquierda. Amistades refieren que lo vieron en buen estado por última vez el día 14/08.

#### **Antecedentes:**

- Personales: Hipertensión Arterial, Enfermedad Renal Crónica
- Familiares: Niega
- Reacciones adversas a medicamentos: Niega

**Examen físico:**

- Portador de sonda nasogástrica
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax
- Aparato Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, regulares, no soplos
- Sistema Nervioso: despierta al llamado, atento, concentración normal, afasia motora, reflejo nauseoso disminuido, movimientos oculares conservados, parálisis facial central izquierda, hemiparesia izquierda  $\frac{2}{5}$ , sensibilidad conservada, Babinski izquierdo positivo

**Examen de laboratorio:**

- Leucocitos: 9.6
- Hemoglobina: 13.1
- Plaquetas: 331
- PCR: 1
- Potasio: 4.21,
- Creatinina: 1.1
- Urea: 51
- Sodio: 144
- –Examen de orina y urocultivo: negativo
- EKG: ritmo sinusal, intervalo rr regular, frecuencia cardiaca en 60
- Doppler carotideo: plaza ateromatosa blanda en carotidea interna derecha
- TAC cerebral: lesión hipodensa frente parietal
- Ecocardio: hipertrofia ventricular izquierda leve, función sistólica ventricular conservada

**Impresión diagnóstica:**

- Infarto cerebral de la arteria cerebral media derecha

**Plan de trabajo:**

1. PO + colocación de sonda nasogástrica con dieta enteral de 1000cc fraccionada e 4 tomas
2. Ácido acetilsalicílico 100mg c/24 vo x sng

3. Atorvastatina 40mg c/24h vo x sng
4. Losartán 50mg 1 tab c/12h vo
5. Terapia física
6. Terapia de lenguaje
7. Controles funciones vitales
8. Balance hidroelectrolítico

### **Caso clínico N.º 2**

Paciente mujer de 25 años refiere epigastralgia desde hace una semana. Relata que trató de aliviarse consumiendo sábila, pero sus síntomas han empeorado. Adicionalmente refiere que desde ayer presenta heces negras, motivo por el cual acude al hospital.

#### **Antecedentes:**

- Personales: Niega
- Familiares: Niega
- Medicada con diclofenaco por odontología desde hace 1 semana
- Reacciones adversas a medicamentos: Niega

#### **Examen físico:**

- PA: 100/60
- Piel: Ligeramente tibia, semihúmeda, leve palidez
- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax
- aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, regulares, no soplos audibles
- Abdomen: Moderado dolor a la palpación profunda en epigastrio
- Sistema nervioso: LOTEP, Glasgow 15/15, no focalización

#### **Exámenes Auxiliares:**

- Endoscopia hallazgos: úlcera péptica Forrest IIa
- Hemoglobina: 11 g/dl
- Hematocrito: 34%
- Creatinina 0.6
- Urea: 50

**Impresión diagnóstica:**

- Hemorragia digestiva alta por úlcera péptica

**Plan de trabajo:**

1. Dieta Blanda
2. Omeprazol 40mg EV 2-amp STAT luego 1 amp C/12h ev
3. Esomeprazol 40 mg VO cada 24 horas por 30 días (en las mañanas antes de desayunar)
4. Sucralfato Jarabe, una cucharada antes de desayuno, almuerzo y cena por 30 días
5. Suspender el AINE
6. Paracetamol 500mg VO cada 24 horas condicional a dolor de muela

**Caso clínico N.º 3**

Paciente varón de 65 años refiere beber alcohol todos los días de la semana. Hace 5 días posterior a vómitos por consumo de alcohol presenta episodios febriles, tos con expectoración amarillenta. Acude a emergencia por dificultad respiratoria donde se le toma saturación de oxígeno dando 85%.

**Antecedentes:**

- Personales: Alcoholismo crónico (toma aguardiente)
- Familiares: Niega
- RAMs: Niega

**Examen físico:**

- T:37, FC: 85 lpm, SatO2: 97%
- Portador de cánula Binasal a 4 litros
- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa mal en hemitórax derecho
- Presencia de crépitos audibles en  $\frac{2}{3}$  inferiores en hemitórax derecho
- Sistema Nervioso: LOTEP, Glasgow 15/15, no focalización

**Exámenes Auxiliares:**

- AGA: alcalosis respiratoria
- Leucocitos: 16.00 Abastionados 8%
- PCR: 10
- Radiografía de tórax: consolidado basal derecho

**Impresión diagnóstica:**

- Neumonía Aspirativa
- Síndrome febril
- Alcoholismo

**Plan de trabajo:**

1. NPO
2. Hidratación: dx 5% 1000 cc +nacl 20% 1 ampolla +kcl 20% 1 ampolla
3. Ceftriaxona 2g por 7 días EV
4. Clindamicina 600mg c/12h por 7 días ev
5. Omeprazol 40 mg EV
6. Metamizol 1g 1 amp prn fiebre o dolor
7. Oxígeno por cánula binasal para sat >92%
8. Control de funciones vitales
9. Balance hidroelectrolítico

**Caso clínico N.º 4**

Paciente femenino de 26 años es evaluada por consulta externa refiriendo tenesmo vesical, ardor al miccionar desde hace 2 días, lo cual le genera molestias.

Hoy presenta polaquiuria acompañada con malestar general por lo que acude al hospital.

**Antecedentes:**

- Personales: candidiasis e ITU a repetición
- Familiares: Madre con diabetes mellitus tipo 2
- RAMs: Niega

**Examen Físico:**

- AREG, AREH, AREN
- PA: 110/70, FC: 75 lpm, T 37,5
- Abdomen: plano, blando, ruidos hidroaéreos conservados, dolor a la palpación en hipogastrio
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax
- Aparato Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, regulares, no soplos
- Genitourinario: negativo a la puño percusión
- Sistema Nervioso: LOTEPE, Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no signos de focalización

**Exámenes auxiliares:**

- Examen de orina: turbia
- Leucocitos: 25-30 x campo
- Hematíes: 5 x campo
- Gérmenes +++
- Esterasa leucocitaria +
- Hemograma:
- Hemoglobina: 12.5
- Leucocitos: 12300
- Abastionados: 0%,
- Linfocitos: 1990

**Impresión diagnóstica:**

- Infección urinaria baja

**Plan de trabajo:**

1. Dieta completa, abundantes líquidos.
2. Nitrofurantoina 100 mg 1 tab VO c/12h por 7 días
3. Fenazopiridina 100 mg 1 tab VO c/12 h por 3 días
4. Paracetamol 500 mg cada 8 horas por 3 días, lue condiciona al dolor
5. No relaciones sexuales por 7 días, higiene genital enseñada por el personal de enfermería, uso de ropa interior de algodón acudir a control por consultorio externo en 1 semana

**1.2. Rotación en Pediatría**

Esta parte de la medicina se centra en el niño, desde que nace hasta que se vuelve un adolescente. Siendo su objetivo: la prevención, diagnóstico y tratamiento de patologías asociadas a esta etapa. El Hospital Militar Central cuenta con servicio de neonatología hospitalizados, alojamiento conjunto, unidad de pediatría hospitalizados, consultorio externo de neonatología y consultorio externo de pediatría, así como emergencias pediátricas.

Una de las debilidades pudiera ser que no se cuenta con área de cuidados intensivos pediátricos y en caso los pacientes lo requieran, estos deben ser transferidos.

En este servicio el interno dependiendo del horario, se encontrará en cada una de estas estaciones debiendo evolucionar a los pacientes y preparar recetas ya dictadas por el médico asistente en pacientes hospitalizados.

Posterior a esto, se realizará el pase de visita con el médico asistente de turno donde el interno presentará al paciente y evaluará su evolución guiada siempre por el médico responsable.

**Caso clínico N.º 1**

Paciente varón de 4 años acude con su madre refiriendo que el niño introdujo a modo de juego una canica en el oído derecho. La madre trató de retirarlo

sin conseguirlo. El niño empezó a manifestar dolor e irritabilidad motivo por el cual es traído al hospital.

**Antecedentes:**

- Personales: niega
- Familiares: niega
- RAMs: niega

**Examen físico:**

- T:36.5, FC: 85 lpm, SatO2: 98%
- Piel y Faneras: tibia, hidratada, elástica
- Oído derecho: dolor a la manipulación del objeto, no secreciones, no signos de flogosis
- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa adecuadamente por ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados
- Abdomen: blando, depresible, no dolor a la palpación
- Sistema Nervioso: LOTEPE, no signos de focalización, no signos meníngeos.

**Impresión diagnóstica:**

- Cuerpo extraño en oído derecho

**Plan de trabajo:**

1. Extraer cuerpo extraño
2. Analgesia con paracetamol (120mg/5ml): 10ml cada 8 horas por 3 días
3. CFV+OSA

**Caso clínico N.º 2**

Paciente mujer de 5 años acude a emergencia con madre por presentar fiebre no cuantificada y deposiciones líquidas sin presencia de sangre ni moco. Madre refiere que aproximadamente hija realiza 7 deposiciones al día hace 2 días. Hoy, además presento vómitos 3 veces.

**Antecedentes:**

- Personales: niega
- Familiares: niega
- RAMs: niega

**Examen físico:**

- FC 110, FR 19 rpm, temperatura 38.5 , SATO2 99% , peso 20 kg , talla 1,10 m , apetito disminuido, sueño aumentado, sed aumentada
- AREG, AREH, AREN
- Piel y faneras: caliente, elástica, labios y lengua seca
- Tórax y Pulmones: simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados
- Abdomen: ruidos hidroaéreos aumentados, distendido, blando, depresible, dolor a la palpación en mesogastrio.
- Sistema Nervioso: LOTEPE, no signos meníngeos, no signos de focalización

**Impresión diagnóstica:**

- Diarrea Aguda Acuosa

**Plan de trabajo:**

1. Sales de rehidratación oral 1 sobre diluido en 1 litro de agua por vía oral cada 24 horas por 3 días
2. Paracetamol 10 ml vía oral cada 8 hrs por 3 días
3. Enterogermina 1 ampolla vía oral cada 24 horas por tres días
4. Dieta sin fibra
5. Metimazol 5 mg VO c/24 h

**Caso clínico N.º 3**

Paciente varón de 9 años ingresa al servicio porque desde hace 4 días presenta tos con movilización de secreciones blanquecinas, fiebre cuantificada por la madre en 38.5 C, malestar general, motivo por el cual le

da paracetamol. Se le añade dolor de garganta haciendo que el niño no desee comer.

**Antecedentes:**

- Personales: Niega
- Familiares: Niega
- Inmunizaciones: completas
- RAMs: Niega

**Examen físico:**

- FR 19 rpm, FC 80 lpm, T: 38.5 C , SatO2 96%
- Funciones biológicas: apetito y sed disminuidos.
- General: AREN, AREH, peso 28 kg, talla 1,22 cm.
- Piel y faneras: caliente, hidratada, elástica, ligera palidez
- Fosas nasales y boca: congestión faríngea, exudado faríngeo
- Cuello: agrandamiento de ganglio linfático cervical derecho visible y palpable
- Tórax y Pulmones: Simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Neurológico: Glasgow 15/15, no signos de focalización, no signos meníngeos.

**Impresión diagnóstica:**

- Faringitis aguda
- Síndrome febril

**Plan de trabajo:**

1. Dieta blanda más abundantes líquidos tibios.
2. Amoxicilina 500 mg, 1 tab via oral c/12 horas durante 10 días.
3. Paracetamol 500 mg, 1 tab via oral c/8 horas durante 3 días, luego condicional a dolor o a temperatura mayor de 38 C.

#### **Caso clínico N.º 4**

Paciente masculino recién nacido con 37 semanas producto de cesárea, APGAR 9/10, peso al nacer 3050 gr, longitud 48 cm, PC 36 cm.

Al nacimiento se aprecia líquido amniótico claro. El recién nacido con un tiempo de vida de 3 horas presenta dificultad para respirar.

#### **Antecedentes:**

- Maternos: edad de madre 38 años, G1 P1001, 8 controles prenatales.

#### **Examen físico:**

- SatO2 88%, FR 92, FC 149 lpm, T 36.7 C
- Piel: ligera cianosis en manos y pies
- Nariz y boca: aleteo nasal
- Tórax y Pulmones: murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, retracción xifoidea, presencia de tirajes. Silverman Anderson: 7 puntos
- Sistema nervioso: Irritable, reflejo de moro presente, reflejo de succión abolido

#### **Impresión diagnóstica:**

- Taquipnea transitoria del recién nacido

#### **Plan de trabajo:**

1. Se le administra O2 para estabilizar su saturación entre 90 a 95% mediante CPAP.
2. Pasados dos días evoluciona favorablemente motivo por el cual se decide retirar el CPAP.
3. Al tercer día el RN respira sin dificultad, presenta buena succión y se le da el alta.

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

Esta especialidad es la encargada de atender patologías gineco obstétricas en diversas etapas de la vida de una mujer, pudiendo ser desde niñas hasta ancianas. El Hospital Militar Central cuenta con servicio de emergencias ginecológicas, centro obstétrico, consultorio externo, hospitalización y área de salud sexual y reproductiva a cargo de obstetras. En este servicio el interno hará prevención y promoción sobre métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual entre otros, así como atención de partos guiados por el médico residente y observar cesáreas. Además, podrá aprender sobre patologías quirúrgicas malignas sobre todo en mujeres de la tercera edad en el área de consultorio externo. En hospitalización, el interno deberá realizar las evoluciones y recetas, así, como esperar al asistente para el pase de visita donde deberá presentar al paciente a su cargo. Posterior a esto, deberá cursar los pendientes faltantes que pudieran ser, por ejemplo, ecografías, pruebas de sangre, etc.

#### **Caso clínico N.º 1**

Primigesta de 21 años con edad gestacional de 20 semanas, ingresa por emergencia refiriendo fiebre, dolor en la espalda baja moderado, vómitos y náuseas y ardor intenso al miccionar desde hace 2 semanas. Refiere sólo haber acudido a 2 controles prenatales por falta de tiempo.

#### **Antecedentes:**

- Personales: Niega
- Familiares: Madre con cáncer de mama y diabetes mellitus tipo 2.
- Fórmula obstétrica: G1P0000, embarazo de transcurso normal
- RAMs: Niega

#### **Examen físico:**

- Temperatura: 39 C, Presión Arterial: 110/80, Frecuencia cardiaca: 68 lpm, Frecuencia respiratoria: 17 rpm
- Aparente regular estado general, aparente regular estado de nutrición, aparente regular estado de hidratación.

- Piel y mucosas: tibias, hidratadas, elásticas, color normal. No presenta ictericia, ni cianosis.
- Tejido Celular Subcutáneo: Edema en miembros inferiores (+)
- Respiratorio: Murmullo Vesicular pasa bien en ambos hemitórax
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, regulares, de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: blando, distendido por útero grávido, no presenta dolor a la palpación superficial ni profunda. Ruidos hidroaéreos presentes,
- Genitourinario: PPL (+) PRU(-)
- Sistema Nervioso Central: LOTEPE, Glasgow 15/15

**Exámenes de laboratorio:**

- Leucocitos: 13500, HB 13 g/dl, Plaquetas: 280000, PCR: 10
- Examen de orina: Leucocitos: 50 por campo, Nitritos (++/+++), Hematíes (-), Bacterias (+)

**Impresión diagnóstica:**

- Infección de las vías urinarias altas en gestante

**Plan de trabajo:**

1. Dieta blanda + líquidos a voluntad
2. NaCl 0.9% 1000cc vía endovenosa en 24 horas
3. Ceftriaxona 1 gr, 2 amp vía endovenosa cada 24 horas por 3 días (se definirá tratamiento antibiótico con resultado de urocultivo)
4. Dimenhidrinato 50mg 1 amp prn náuseas o vómitos
5. Paracetamol 500mg 1 tab prn fiebre
6. Control de funciones vitales, diuresis y signos de alarma.
7. Monitoreo fetal
8. Se solicita urocultivo

## **Caso clínico N.º 2**

Paciente mujer de 20 años puérpera de 6 días, fue dada de alta a las 48 horas sin presentar complicaciones. Acude al servicio de emergencia por presentar fiebre de 39°C, dolor en vientre bajo intenso, náuseas, vómitos, loquios malolientes.

### **Antecedentes:**

- Personales: niega
- Familiares: niega
- Fórmula obstétrica: G1P1001, parto vía vaginal 6 días antes, fue dada de alta a las 48 horas junto a su bebe.
- No RAMs

### **Exames físico:**

- FC 110 lpm, PA 100/60 mmHg, temperatura 38.6C, FR 18 rpm, SatO2 99%
- Piel y mucosas: Caliente, mucosa oral hidratada
- Abdomen: Útero palpable, contraído a nivel de la cicatriz umbilical, dolor 9/10 a la palpación.
- Tacto vaginal: Loquios malolientes de color amarillento.
- Sistema nervioso: LOTEPE, Glasgow 15/15, no signos de focalización.

### **Exámenes auxiliares:**

- Leucocitos: 16.000/mm<sup>3</sup> a predominio de segmentados
- Hemoglobina 11.5 g/dL
- Plaquetas 345.00/mm<sup>3</sup>
- PCR 19
- Examen de orina: negativo.

### **Impresión diagnóstica:**

- Endometritis puerperal

**Plan de trabajo:**

1. Clindamicina 600mg EV cada 8 horas
2. Gentamicina 160mg EV cada 24 horas
3. Metamizol 1g EV cada 8 horas
4. Tramadol condicional a dolor
5. Programada para legrado uterino

**Reporte operatorio:**

- Hallazgo de restos de aproximadamente 60 gr de placenta y secreción con olor fétido en curetaje.

En el postoperatorio la paciente fue evolucionando favorablemente y fue dada de alta a la semana.

**Caso clínico N.º 3**

Gestante de 32 años en su semana 38 de gestación, es ingresada por emergencia al hospital por presentar edema de miembros inferiores, escotomas y cefalea.

**Antecedentes:**

- Personales: Primera gestación a los 16 años por cesárea debido a desproporción céfalo pélvica. CPN 4
- Familiar: niega
- Fórmula obstétrica: G3P1011
- RAMs: niega

**Examen físico:**

- FC: 94 lpm
- FR: 19 rpm
- PA: 170/115 mmHg
- SatO<sub>2</sub>: 96%

- Abdomen: Altura Uterina 33cm, feto cefálico, longitudinal, izquierdo. LCF: 157-165 por minuto.
- Tacto vaginal: cérvix medio, blando, membranas íntegras, altura de presentación -3, tipo de pelvis ginecoide.

#### **Impresión diagnóstica:**

- Preeclampsia con criterios de severidad.

#### **Plan de trabajo:**

1. Antihipertensivo STAT
2. Se solicita exámenes de laboratorio con resultados: HB: 11 plaquetas 52000, TGO 85, TGP 100, LDH 750, creatinina 1.5, proteinuria en orina ++
3. Se solicita exámenes prequirúrgicos para cesárea de emergencia.

La presión arterial de la paciente al igual que los exámenes de laboratorio posoperatorio son monitorizados. No hay presencia de ningún signo de importancia y es dada de alta a las 72 horas.

#### **Caso clínico N.º 4**

Paciente femenino de 23 años acude al servicio por presentar prurito intenso, ardor en zona genital acompañado con flujo blanco abundante y dolor al mantener relaciones sexuales con su pareja.

#### **Antecedentes:**

- Personales: Niega
- RAMs: Niega
- Antecedentes familiares: Niega
- Antecedentes quirúrgicos: Niega

**Examen físico:**

- Se observa flujo blanco, tipo requesón, no maloliente y eritema en zona vaginal y perineal.
- FUR: 02/06/2023 IRS: 17 años URS: 08/06/2023 GOP0000 Ultimo PAP: 21 años, método anticonceptivo: método de barrera y collar del ciclo, T:36.5 C. PA: 110/70 mmHg, FC:79 lpm, SATO2: 98%
- Especuloscopia: Se visualiza eritema en vagina con grumos blanquecinos adheridos al canal. En el cérvix se aprecia eritema.
- Tacto Vaginal: Ardor vaginal. Cuello blando, dolor a la movilización.

**Impresión diagnóstica:**

- Candidiasis vaginal

**Plan de trabajo:**

1. Metronidazol 2 gr vo dosis única
2. Clotrimazol 500 óvulo vv dosis única

**1.4. Rotación en Cirugía General**

Esta especialidad abarca todas las patologías que requieran intervención quirúrgica. Estas a su vez, pueden ser elección del paciente como es el caso de las cirugías programadas o inmediatas si se tratara de una emergencia.

En este servicio el interno aprende a diferenciar una patología clínica de una quirúrgica, diferenciando sobre todo el abdomen agudo. De igual manera sucederá durante el ingreso del paciente, cuando se encuentra en emergencia o en consultorio, en el procedimiento quirúrgico que se le realiza cuando está en SOP y en las curaciones post operatorias cuando pasa visita a los pacientes hospitalizados con el médico asistente de turno.

## **Caso clínico N.º 1**

Paciente varón de 52 años de edad proveniente de Tumbes. Apendicectomía previa. Es ingresado por consultorio del servicio de gastroenterología, con tiempo de enfermedad de aproximadamente 5 años, inicio insidioso, curso progresivo. Presenta reflujo, hace 3 meses se le agregó disfagia cervical, halitosis y baja de peso. Hace 1 mes y medio inicia con tos seca después de ingerir sus alimentos y también al encontrarse en decúbito dorsal.

### **Funciones biológicas:**

- Apetito: disminuido
- Sed: conservada
- Diuresis: conservada
- Deposiciones: conservada
- Variación de peso: disminución de 4 kilos aproximadamente

### **Antecedentes personales:**

- Apendicitis hace 17 años, se le realizó una apendicectomía abierta.

### **Antecedentes generales:**

- Alimentación: dieta completa 3 veces al día.
- Alcohol: socialmente
- tabaco: niega
- drogas: niega
- RAMs: niega

### **Antecedentes familiares:**

- Madre viva con 80 años, artrosis.
- Padre fallecido por neumonía COVID hace 3 años

**Examen físico:**

- PA: 120/70 mmHg, FC 82 lpm, FR 14 RPM, temperatura 36.8 C, SATO2 97%.
- Aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación, aparente mal estado de nutrición. Colaborador al examen físico.

**Examen Regional:**

- Boca: Mucosa oral hidratada, no lesiones, presencia de halitosis
- Cuello: cilíndrico, simétrico, no masas palpables, no dolor a la palpación
- Abdomen: blando, depresible, Ruidos hidroaéreos conservados, no masas a la palpación.
- Sistema nervioso: LOTEPE, no signos de focalización

**Impresión diagnóstica:**

- Divertículo de Zener

**Plan de trabajo:**

1. Exámenes prequirúrgicos: hemograma, electrolitos, PCR, perfil de coagulación, grupo y factor, perfil renal, perfil hepático
2. Interconsulta a cardiología para evaluar riesgo quirúrgico cardiovascular
3. Interconsulta a Anestesiología

**Caso clínico N.º 2**

Paciente mujer de 30 años acude por dolor abdominal desde hace 4 días. Refiere que el dolor empezó en epigastrio y a las 6 horas migró hacia fosa iliaca derecha. Además, tuvo náuseas y vómitos. Paciente indica haber tomado Buscapina esperando sentir alivio, sin embargo, el dolor se ha

incrementado a un 9/10, se le ha agregado fiebre cuantificada en 38.5 C y casi no puede deambular.

**Funciones biológicas:**

- Apetito disminuido
- Sed disminuida

**Antecedentes:**

- Personales: niega
- Familiares: niega
- RAMs: niega

**Signos vitales:**

- PA: 90/60 mmHg
- FC: 75 lpm
- FR: 20 rpm
- T: 37.8 C
- SatO2:98%

**Examen físico:**

- Piel: caliente, hidratada, elástica
- Abdomen: globuloso, ruidos hidroaéreos disminuidos, timpánico, matidez hepática, abdomen en tabla, tensión muscular incrementada, dolor a la palpación en cuadrante inferior derecho e izquierdo. Blumberg +, Mc Burney +, Rosving+.
- Sistema Nervioso: LOTEP, Glasgow 15/15

**Exámenes auxiliares:**

- Leucocitos: 13480 l/mm3
- Hematocrito 48%,
- Hb: 15 g/dl
- Amilasa 38

- Urea:25
- Creatinina: 0.5
- TAC abdominal: proceso inflamatorio apendicular con presencia de líquido libre en abdomen.
- Se solicita riesgo quirúrgico para intervención de emergencia.

**Impresión diagnóstica:**

- Peritonitis por apendicitis aguda perforada.

**Plan de trabajo:**

1. Apendicectomía por laparoscopia
2. Lavado peritoneal.

Se encuentra un total de 360 cc de material purulento en los cuadrantes y presencia de apéndice perforado.

Paciente evoluciona adecuadamente y es dada de alta al quinto día postoperatorio.

**Caso clínico N.º 3**

Paciente mujer de 30 años ingresa por emergencia refiriendo dolor intenso en el hipocondrio derecho que se irradia en forma de cinturón, además presenta náuseas y vómitos. Todo esto fue desencadenado tras la ingesta de pollo a la brasa ayer por la noche.

**Funciones Biológicas:**

- Apetito disminuido, sed conservada
- Antecedentes patológicos: niega
- RAMs: niega
- Antecedentes Familiares: Padre con hipertensión arterial, Madre niega

**Antecedentes:**

- Personales: niega
- Familiares: niega
- RAMs: niega

**Examen Físico:**

- AREG, AREN, AREH
- Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica
- Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, dolor a la palpación en hipocondrio derecho, Murphy(+).
- Sistema Nervioso: LOTEP, Glasgow 15/15, no signos meníngeos.

**Impresión diagnóstica:**

- Colecistitis aguda

**Plan de trabajo:**

1. Colecistectomía laparoscópica

**Hallazgos:**

- Vesícula biliar 8 x 4.5 cm de paredes delgadas
- Conducto cístico 3 mm

**Caso clínico N.º 4**

Paciente varón de 35 años acude por dolor al defecar de gran intensidad durante las últimas dos semanas. Manifiesta además ver rastros de sangre al limpiarse y que hace muchos años padece de estreñimiento.

**Antecedentes:**

- Personales: Niega
- RAMs: Niega
- Antecedentes familiares: Niega
- Antecedentes quirúrgicos: Niega

**Examen físico:**

- AREG, AREN, AREH
- Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica
- Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes
- Sistema Nervioso: LOTEP, Glasgow 15/15, no signos meníngeos.
- Lesión en la mucosa anal a las XII horas, esfínter anal hipertónico, no masas presentes, no vasos hemorroidales.

**Impresión Diagnóstica:**

- Fisura Anal

**Plan de trabajo:**

1. Preparado de dinitrato de isosorbida al 0.2% en gel aplicar 3 veces al día por 2 semanas
2. Lidocaína en gel 02% aplicar 3 veces al día por dos semanas
2. Dieta alta en fibra
3. Una cucharada diluida en agua de *plantago ovata* 2 veces al día
4. Baños de asiento en agua tibia después de defecar

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

El Periodo del internado médico inicia con la elección de sedes en febrero del 2023, estas pudieran ser elegidas por afinidad, mediante un examen, una entrevista entre otras.

El año 2023 el internado médico en el Hospital Militar Central tuvo una duración de 10 meses. Los internos estuvieron 2 meses y medio por cada una de las 4 rotaciones.

El Hospital Militar Central se encuentra en Avenida Faustino Sánchez Carrión, Jesús María, Lima. Es un hospital categorizado en el nivel III-1 que brinda atención integral en los diversos servicios a la Familia Militar del Ejército. El Hospital cuenta con servicios especializados y sus respectivas áreas para internar a los pacientes que lo requieran. Aquí encontraremos departamentos tales como Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Ginecología y Obstetricia. Y a su vez las especialidades de Cardiología, Urología, Nefrología, Neumología, Cirugía Plástica, Otorrinolaringología, Oftalmología, Oncología, Traumatología, Cuidados Intensivos, Neurología, entre otros.

De igual modo cuenta con servicios auxiliares como Diagnóstico por Imágenes, banco de sangre, terapia del dolor, rehabilitación, farmacia, servicio social, entre otros.

El interno durante el tiempo que pasa en el hospital logra afianzar saberes teóricos que manejaba en la universidad, viendo pacientes y siendo guiado por sus tutores y médicos asistentes.

## **CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

### **3.1. Rotación en Medicina Interna**

#### **Caso clínico N.º 1**

En el caso clínico expuesto se presenta un infarto cerebral de etiología aterosclerótica.

Esta es una patología que se observa con frecuencia en nuestro medio. Su incidencia y morbimortalidad es elevada. Es frecuente en adultos mayores con factores de riesgo como diabetes, dislipidemias, hipertensión arterial, tabaquismo (1).

El infarto cerebral se origina por una obstrucción de las arterias que irrigan el cerebro, pueden ser de etiología aterotrombótica, cardioembólica, lacunar inhabitual e indeterminada. Siendo la etiología aterotrombótica la más frecuente.

El infarto cerebral aterotrombótico se debe a la obstrucción de arterias por placas lipídicas que pueden provenir de las arterias carótidas o del cayado aórtico (2).

El diagnóstico es clínico y se confirma con imágenes cerebrales como puede ser una tac cerebral o resonancia magnética cerebral.

El tratamiento va a depender de las horas de evolución del cuadro clínico; si es menos de 4.5 horas recibirá un tratamiento trombolítico, si es más de 4.5 horas se brinda un tratamiento de mantenimiento como el que se le brindó a nuestro paciente. a la par el paciente debe recibir terapia física y del lenguaje.

## **Resumen:**

En este caso se observa un caso típico de infarto cerebral que suelen llegar al hospital en un tiempo mayor de 4.5 horas o los que ocurren al despertar sin saber en qué momento inició. Se brinda prevención secundaria con aspirina y atorvastatina, se investigan las causas etiología, si no hay complicaciones infecciosas es dado de alta pronto (3).

## **Caso clínico N.º 2**

Se expone el caso de una úlcera péptica con hemorragia digestiva alta causada por el uso de AINE.

La úlcera péptica es una injuria en la mucosa gastrointestinal producida en la mayoría de los casos por el *Helicobacter pylori* o por el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) (4) como con el caso de la paciente presentada.

En cuanto al tratamiento, tenemos que estos pacientes deberán suspender de manera inmediata el uso del fármaco gastrolesivo (5), que en el presente caso es el diclofenaco y como el dolor persistía fue sustituido con un inhibidor de la COX-2. Además, es recomendable darle al paciente un antisecretor oral, siendo un inhibidor de bomba de protones la alternativa idónea debido a sus tasas elevadas de cicatrización de la mucosa (5) en el presente caso clínico fue usado esomeprazol.

## **Caso clínico N.º 3**

Se expone el caso de un paciente con neumonía aspirativa.

Nos referimos a una neumonía por aspiración cuando hablamos de las consecuencias pulmonares ocasionadas por la entrada de sustancias orofaríngeas, gástricas o externas (6). Es población de riesgo a esta patología, cualquier individuo que sea incapaz de deshacerse de la sustancia

debido a un déficit neurológico, como que no haya reflejo tusígeno o que se encuentre en un estado de alteración del sensorio (7).

En el caso en cuestión, el paciente padece de alcoholismo siendo este el causal de su alteración del sensorio lo que a su vez ocasionó una aspiración.

Para hacer el diagnóstico de neumonía aspirativa nos basamos en la clínica del paciente; como en este caso el factor de riesgo del alcoholismo, seguido de fiebre y expectoración. Además de imágenes que confirman nuestro diagnóstico.

En cuanto al tratamiento, es recomendable en un paciente hospitalizado usar la terapia combinada de ceftriaxona más un macrólido (8). En este caso se usó azitromicina como macrólido debido a su eficacia y disponibilidad en nuestro medio.

#### **Caso clínico N.º 4**

La población más afectada con infecciones urinarias a repetición, debido en gran parte a su anatomía, son mujeres. Afortunadamente, en la mayoría de los casos, esta infección es tratada de manera ambulatoria sin presentar complicaciones.

La bacteria más frecuentemente encontrada al realizar un cultivo es la *E. Coli*. Sin embargo, también pudieran ser agentes etiológicos: *Proteus Mirabilis*, *Klebsiella*, *Enterococci faecalis* entre otros (9).

El tratamiento oportuno es imperativo, esto debido a las complicaciones que pudiera desencadenar una ITU. Esta patología inicia generalmente con la contaminación en la vagina por restos fecales, ascendiendo a la vejiga y de avanzar a los riñones nos encontraríamos frente a una pielonefritis.

Existen algunos factores de riesgo tales como prácticas sexuales frecuentes, el uso de espermicidas, usar ropa interior sintética, incontinencia urinaria, inadecuada higiene íntima.

El diagnóstico es clínico. Dentro de esta clínica encontraremos: fiebre, dolor urente al miccionar, disuria, polaquiuria. Además, para corroborar el diagnóstico se pudiera realizar un análisis de orina.

El tratamiento de elección es nitrofurantoina 100 mg cada 8 horas por 5 días, cefalexina cada 8 horas por 7 días y una única toma de fosfomicina (10).

### **3.2. Rotación en Pediatría**

#### **Caso clínico N.º 1**

La presencia de cuerpos extraños en urgencias pediátricas es frecuente en niños entre las edades de 2 a 5 años. Sin embargo, pueden presentarse incluso en adultos (11).

El tratamiento para solucionar esta urgencia es el retiro del cuerpo extraño mediante pinzas de cocodrilo o pinza Hartman. No es necesaria la presencia de un especialista en otorrinolaringología, salvo si el paciente pediátrico no coopera o el médico tuviera dificultades para su extracción. En tal caso el paciente requerirá sedación y del especialista (12).

En el caso presentado, con ayuda de la madre fue posible retirar al paciente el cuerpo extraño. Se le recetó analgesia por tres días debido a ligero dolor por manipulación de la zona.

#### **Caso clínico N.º 2**

La diarrea aguda ocupa los primeros lugares en morbilidad infantil. Es definida por la OMS como la presencia de deposiciones acuosas en tres o más ocasiones en un periodo de 24 horas. Esta patología a su vez puede clasificarse en aguda si dura menos de 14 días, persistente si dura entre 2 a 4 semanas o crónica si dura más de 1 mes. También podría clasificarse dependiendo de su agente causal, pudiendo haber diarreas víricas y bacterianas (13).

El diagnóstico es clínico y la sintomatología presentada son: heces características, náuseas, vómitos, molestias abdominales, tenesmo, fiebre,

entre otros. Es importante evaluar los signos de deshidratación pues influirá en gran manera para el tratamiento (14).

En el presente caso se utilizó el plan A pues el niño no presentaba signos de deshidratación.

Es así como se le decide dar tratamiento para la casa, aumentando líquidos, continuar con alimentación regular salvo por alimentos ricos en fibra, reconocimientos de signos de alarma, suplementos de zinc, administrar sales de baja osmolaridad para rehidratación oral (15).

### **Caso clínico N.º 3**

En el caso clínico expuesto se presenta paciente de 9 años con sintomatología de fiebre, tos, dolor al ingerir alimentos líquidos y sólidos; esta clínica nos guía al diagnóstico de una faringoamigdalitis.

Restaba averiguar si es bacteriana o viral y para esto se usa la escala de Centor modificada por McIsaac. Aquí se evalúa la fiebre, si esta es mayor de 38°C, presencia de adenopatías cervicales anteriores, presencia de tos,

exudado de amígdalas y rasgos de la edad. En este caso el paciente obtuvo un puntaje de 3 por tal motivo se solicita un cultivo y empezar tratamiento empírico (16).

Se inicia tratamiento con amoxicilina 500 mg vía oral c/12 horas más paracetamol de 500 mg vía oral c/12 horas.

Paciente evoluciona favorablemente, motivo por el cual se le da de alta con amoxicilina 500 mg vo c/12 horas por 10 días, paracetamol 500 mg 1 tableta vo c/8hrs por 3 días, luego condicional al dolor.

### **Caso clínico N.º 4**

La taquipnea transitoria del recién nacido es un proceso benigno y autolimitado que se caracteriza por edema pulmonar y dificultad para respirar iniciada poco después del nacimiento. Esto se debe a que se reabsorbe tarde

el líquido alveolar fetal y esto desencadena una disminución de la compliancia pulmonar (17) (18).

La clínica se expresa pocas horas posteriores al parto. Estos son taquipnea, cianosis, aleteo nasal, retracción intercostal, entre otros (19).

Como factor de riesgo principal encontramos a la cesárea, también esta ser prematuro, madre con diabetes, sexo masculino del RN, asma materna entre otros (17).

Al ser un trastorno autolimitado y benigno, el tratamiento es brindar medidas de soporte. Dentro de estas medidas tenemos a la oxigenoterapia por medio de cánulas nasales y usar nutrición parenteral. Una vez que el RN se encuentre respirando sin dificultad se podrá iniciar la lactancia materna y se suspenderá la hidratación parenteral (20).

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

#### **Caso clínico N.º 1**

Expone el caso de una primigesta en segundo trimestre con un diagnóstico de Infección Urinaria Alta.

La Pielonefritis aguda es una de las infecciones más comunes en la gestación. Esto se debe a cambios fisiológicos producidos en esta etapa que hacen a la mujer embarazada susceptible a estas noxas pudiendo así desencadenar complicaciones (21).

La *E. Coli* es la bacteria más frecuente en esta infección, sin embargo, no hay que descartar otras bacterias debido a que pudieran propagarse y ascender por el tracto urinario (22).

El diagnóstico es clínico. El cuadro clínico típico abarca sintomatología como: fiebre, dolor lumbar, anorexia, náuseas, vómitos, disuria, polaquiuria entre otros. Y debe ser confirmado con un urocultivo (23).

El tratamiento para esta patología frecuente en el embarazo dependerá de la semana gestacional en la que se encuentre (24). Siendo de elección los betalactámicos. El cual según la gravedad del cuadro será endovenoso o por vía oral. En el caso clínico expuesto se utilizó ceftriaxona endovenosa el cual se le dará como mínimo 3 días hasta que se observe mejoría clínica o salga el resultado de urocultivo para valorar el cambio a medicación oral.

### **Caso clínico N.º 2**

La preeclampsia se clasifica en dos grupos; con criterios de severidad y sin criterios de severidad. Esto dependerá de si afecta a múltiples órganos. No debe confundirse con hipertensión arterial, para esto la presión arterial debe ser mayor de 140/90 y manifestarse posterior a la semana 20 de gestación hasta las 2 semanas siguientes al puerperio (25).

Existen factores de riesgo como lo son los antecedentes familiares, el consumo de tabaco, edad de la madre, gestaciones previas, hipertensión, diabetes y obesidad (26).

La clínica dependerá de su severidad, los más frecuentes son presión arterial mayor de 160/110 mmHg, proteinuria mayor de 30 mg, síntomas visuales, edema pulmonar, aumento de transaminasas, insuficiencia renal entre otros (27).

El tratamiento para preeclampsia con criterios de severidad es 10 gr de sulfato de magnesio en 50 ml de cloruro de sodio 9/1000 volutrol 40 cc en 20 minutos posterior a esto 10 microgotas por minuto. Nifedipino 10mg VO en caso de ser necesario repetir cada 20 minutos (28).

### **Caso clínico N.º 3**

La endometritis puerperal ocupa el puesto número 1 en fiebre puerperal y es considerablemente más frecuente en cesáreas que en partos vaginales. La antibioticoterapia de amplio espectro debe ser iniciada lo más pronto posible (29). Si no se trata cuanto antes puede desencadenar sepsis, abscesos o peritonitis. Adicionalmente de la antibióticoterapia, la paciente pudiera requerir legrado uterino a fin de eliminar el tejido (22) (30).

Esta patología se caracteriza por fiebre post parto, subinvolución del útero, dolor en vientre bajo, loquios de mal olor.

En caso el parto fuera por cesárea es importante descartar infección de sitio de herida operatoria la cual pudiera presentar una sintomatología parecida.

Las medidas preventivas para esta patología son un adecuado lavado de manos y el adecuado uso de guantes e instrumental estéril para el parto vaginal o cesárea. Asimismo, revisar manualmente la cavidad uterina después del alumbramiento y revisar que la placenta tenga íntegros los cotiledones (23) (31).

#### **Caso clínico N.º 4**

Nos encontramos con un caso de síndrome de flujo vaginal, para estos casos aplicamos la norma técnica del MINSA. El ministerio de salud nos recomienda tratar empíricamente este flujo cubriendo las patologías más comunes de transmisión sexual con 2 gr de Metronidazol vía oral en dosis única.

Adicionalmente la norma estipula que, si hay presencia de prurito como en el presente caso, se debe administrar 500 mg de Clotrimazol vía vaginal una sola vez. Este esquema tiene una efectividad del 90-95% y es el mejor manejo en cuanto al costo-beneficio (32). Paciente es dada de alta con indicaciones médicas y se reevalúa pasados 7 días.

### **3.4. Rotación en Cirugía General**

#### **Caso clínico N.º 1**

Paciente fue evaluado por el servicio de gastroenterología teniendo sintomatología sugerente a divertículo de Zenker. La clínica presentada fue reflujo, disfagia, halitosis y baja de peso (33). El divertículo de Zenker se da como resultado de una protrusión de la mucosa posterior en la zona del triángulo de Killian (34). En el presente caso, el médico especialista en

Gastroenterología sospechó de esta patología debido a su sintomatología, por el cual, le solicitó un Esófagograma, examen de utilidad para corroborar el diagnóstico, saber el tamaño y descartar ulceraciones (35).

Fue transferido al servicio de Cirugía y en conjunto con el servicio de cirugía de Cabeza y Cuello, se decidió realizar una diverticulectomía. Paciente evolucionó favorablemente, toleraba vía oral y se le realizó una prueba de azul de metileno saliendo esta misma negativa. Posteriormente fue dado de alta.

### **Caso clínico N.º 2**

Se considera que la apendicitis es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico y esta se caracteriza por la inflamación y posterior necrosis del apéndice vermiforme. Es conocido que esto se debe a la obstrucción en la base apendicular por diversas etiologías como parásitos, fecalitos, etc. Esto desencadena inflamación, infección y pudiera evolucionar en necrosis y perforación si no fuera tratado oportunamente (37) (36).

En cuanto a la clínica, lo más frecuente es debutar con dolor en epigastrio que migra a fosa iliaca derecha, presentándose hasta en un 50% de casos. Otros síntomas, aunque inespecíficos son anorexia, náuseas, vómitos y fiebre (37) (38).

El tratamiento para apendicitis es quirúrgico, el manejo con antibioticoterapia no muestra un porcentaje de éxito importante por sí mismo. Sin embargo, deberá administrarse en el pre y post operatorio. Los antibióticos deben cubrir bacterias aerobias como anaerobias; siendo buenos candidatos las cefalosporinas y los imidazoles.

Existen técnicas diversas para su abordaje, actualmente la más utilizada esa apendicectomía laparoscópica, esto debido a sus múltiples beneficios en comparación con la tradicional apendicectomía abierta. Al ser una técnica mínimamente invasiva se reduce el riesgo de infección de sitio operatorio, así como el periodo de recuperación (39, 40).

### **Caso clínico N.º 3**

En este caso la paciente llegó con clínica compatible con una colecistitis aguda motivo por el cual se le realizó una colecistectomía laparoscópica siendo su evolución favorable.

Nos encontramos frente a una colecistitis aguda cuando hay una inflamación de la vesícula biliar. En la mayoría de los casos se debe a la obstrucción del conducto cístico acompañado de infección bacteriana; a esta se le denomina litiásica. En un porcentaje menor de casos podemos encontrar también las alitiásicas siendo el origen de estas mismas desconocido (41).

La clínica típica es: dolor abdominal en cuadrante superior derecho que se irradia hacia la parte posterior (en forma de cinturón), náuseas, vómitos, anorexia y fiebre. Esta sospecha diagnóstica se corrobora idealmente con una ecografía abdominal siendo los hallazgos más frecuentes: signo de Murphy ecográfico, distensión de la vesícula, engrosamiento de la pared vesicular.

El tratamiento de elección por la velocidad de recuperación en el postoperatorio es la colecistectomía laparoscópica. Las complicaciones como la perforación vesicular, plastrón entre otros estarán sujetos a el grado de inflamación vesicular (42).

### **Caso clínico N.º 4**

Dentro de las patologías anorrectales, las fisuras anales son de las más comunes y afortunadamente benignas. Son lesiones de continuidad en la región perineal, se asocia a estreñimiento crónico (36) y ocasionan en quienes la padecen dolor intenso en la defecación que persiste hasta horas después y en ocasiones se le agrega sangrado anal (35).

El diagnóstico es clínico teniendo de base la historia clínica caracterizada por dolor a la defecación que pudiera o no presentar sangrado.

El tratamiento médico es nifedipina tópica al 0.2% o nitroglicerina tópica al 0.2% cada 8 horas. Además, se le puede agregar un anestésico tópico como la lidocaína tópica al 2% para reducir el dolor, añadir un ablandador de heces

fecales como lo es el *plantago ovata*, recomendar al paciente tomar baños de asiento y cambiar su dieta a una rica en fibra (37).

Un gran número de fisuras anales responden bien al tratamiento médico y no es requerido el manejo quirúrgico.

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

El internado médico de las autoras inicio el 01 de marzo del 2023. Este séptimo año fue probablemente el más importante en la formación clínica de las internas pues debe considerarse que esta promoción de estudiantes de medicina tuvo 2 años de clases netamente virtuales debido a la pandemia COVID 19.

Uno de los principales retos de llevar clases virtuales o semipresenciales fue definitivamente adquirir la habilidad de hablar con un paciente y no solo leer un conjunto de síntomas en un libro o en un caso clínico. Gracias al apoyo de los tutores con los que cuenta la universidad en el hospital, este nuevo desafío pudo ser superado.

Un inconveniente que las internas presentaron en algunos de los servicios es la sobrecarga de trabajo y la negación por parte de algunos doctores de que el horario de 06 horas diarias que se establece desde un inicio sean cumplidas. Además, es importante considerar que a diferencia de algunas otras sedes hospitalarias, esta sede no brinda desayuno, almuerzo y cena a todos sus internos. Solo es brindado dependiendo de si estás de guardia día o de guardia noche. Esto pudiera representar un factor económico a considerar pues el interno deberá correr con sus gastos de alimentación.

El interno en muchos de los casos deberá comprar por su propia cuenta los formatos para realizar evoluciones, recetas, ordenes de laboratorio entre otros debido a que la institución no se los proporciona y sin tales formatos no podrá realizar su trabajo.

Dentro de otras debilidades, se deberá lidiar con la importante desigualdad entre las personas que son atendidas en el hospital. Los militares de más rango disponen de muchos más recursos médicos para su atención y de mayor comodidad en las instalaciones.

Pese a estas adversidades, las internas culminan su año de internado médico habiendo aprendido mucho principalmente de sus tutores. Es importante resaltar el compromiso de estos mismos con sus estudiantes y lo importante que ha sido su presencia para nuestra formación no solo médica sino también personal.

## **CAPÍTULO V. CONCLUSIONES**

El internado médico es una etapa indispensable para la formación del futuro médico. Aquí el estudiante de séptimo año adquiere habilidades que le servirán para afrontar el SERUMS, así como el resto de su carrera.

Después de 10 meses de internado en el Hospital Militar Central se adquirieron resultados óptimos y se obtuvieron enseñanzas que no pudieron ser consolidadas anteriormente debido en gran parte a 2 años de clases virtuales.

Si bien se tuvo que trabajar con escasez de materiales y muchas personas pudieran tomarlo como una contra, las internas lograron la capacidad de adaptarse a cualquier entorno por más que este sea difícil. Y en cuanto a las horas laborales no estipuladas dentro de las 6 horas diarias, lejos de ser un inconveniente sirvieron para mayor aprendizaje y formación del carácter médico brindando a las internas la habilidad de trabajar cansadas y bajo presión, que si bien, no son condiciones laborales óptimas, lamentablemente es el día a día en cualquier hospital.

Cada situación que las internas tuvieron que afrontar en el internado médico contó con ventajas y adversidades. Lo importante es que las dos dejaron enseñanzas arraigadas que las autoras del presente trabajo agradecen infinitamente.

## CAPÍTULO VI. RECOMENDACIONES

La duración del internado médico en el Hospital Militar Central tiene una duración de 10 meses. Este tiempo es suficiente para adquirir un adecuado nivel académico práctico.

En cuanto a lo teórico, el interno aprenderá mucho de sus tutores y estos le indicaran temas para exposición sobre los cuales recibirá correcciones, aportes y recomendaciones. Si bien esta es una manera clásica de aprendizaje mediante *feedback*, las internas consideran que es insuficiente. Como recomendación, las exposiciones deberían ocurrir con mayor frecuencia, debería contarse con un temario y además deberían ser dictadas clases por los tutores.

De igual manera se recomienda organizarse bien y empezar lo antes posible a prepararse para el ENAM, pues el tiempo para el estudio será muy poco y es importante aprovechar al máximo las pocas horas libres de las que se disponga.

También es importante tomar en consideración que este hospital no tiene mucho flujo de pacientes pediátricos y gineco-obstétricas. Esto pudiera ser una debilidad, por tal motivo una de las alternativas es realizar una rotación en otros hospitales.

En la medida de lo posible se recomienda al interno mantener una buena relación con el resto del personal. Lo cual no implica quedarse callado ante alguna injusticia que se cometa. En tal caso, los tutores estarán siempre prestos a apoyarlos.

## CAPÍTULO VII. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. GBD 2019 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Neurol.* 2021;20(10):795-820. doi:10.1016/S1474-4422(21)00252-0
2. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association [published correction appears in *Stroke*. 2019 Dec;50(12):e440-e441]. *Stroke*. 2019;50(12):e344-e418. doi:10.1161/STR.0000000000000211
1. Kleindorfer DO, Towfighi A, Chaturvedi S, et al. 2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association [published correction appears in *Stroke*. 2021 Jul;52(7):e483-e484]. *Stroke*. 2021;52(7):e364-e467. doi:10.1161/STR.0000000000000375
2. Carretero C. Úlcera péptica. *Medicine [Internet]*. 2016;12(3):111–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2016.02.001>
3. Ber Nieto Y. Protocolo terapéutico de la úlcera péptica. *Medicine [Internet]*. 2012;11(3):179–82. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0304-5412\(12\)70281-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0304-5412(12)70281-0)
4. Mandell LA, Niederman MS. Aspiration Pneumonia. *New England Journal of Medicine [Internet]*. 14 de febrero de 2019 [citado 28 de mayo de 2024];380(7):651-63. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1714562>
5. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 28 de mayo de 2024]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/aspiration-pneumonia-in-adults?search=neumonia%20%20and%20alcoholismo&source=search\\_result&selectedTitle=1%7E150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/aspiration-pneumonia-in-adults?search=neumonia%20%20and%20alcoholismo&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1)

6. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [cited 2024 May 28]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-community-acquired-pneumonia-in-adults-who-require-hospitalization?search=tratamiento%20de%20neumonia&source=search\\_result&selectedTitle=3~150&usage\\_type=default&display\\_rank=3](https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-community-acquired-pneumonia-in-adults-who-require-hospitalization?search=tratamiento%20de%20neumonia&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3)
7. Pigrau C, Escolà-Vergé L. Infecciones urinarias recurrentes: desde la patogenia a las estrategias de prevención. *Medicina Clínica*. 28 de mayo de 2024;155(4):171-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002577532030316X>
8. Malpartida Ampudia MK. Infección del tracto urinario no complicada. *Rev.méd. sinerg.* [Internet]. 1 de marzo de 2020 [citado 10 de abril de 2024];5(3):382. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/382>
11. Artigas-Sapiain C, Sarría-Echegaray P, Tomás-Barberán M. Manejo de cuerpos extraños nasales y óticos en niños. *Semergen*. 2010;36(5):278–82.
12. Obstrucciones del oído externo - Trastornos otorrinolaringológicos - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2021 [citado el 14 abril 2024]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornosotorrinolaringol%C3%B3gicos/trastornos-del-o%C3%ADdoexterno/obstrucciones-del-o%C3%ADdo-externo>
13. Ministerio de Salud. CDC Perú reporta brote de enfermedad diarreica aguda (EDA) en distritos de Tumbes [Internet]. CDC MINSA. [citado 10 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informativo/prensa/cdc-peru-reportabrote-de-enfermedad-diarreica-aguda-eda-en-distritos-de-tumbes/>
14. OMS. Enfermedades diarreicas [Internet]. [citado 10 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/diarrhoeal-disease>

15. Díaz Mora José Javier, Echezuria M Luis, Petit de Molero Nelly, Cardozo V María Auxiliadora, Arias G, Armando, Rísquez P Alejandro. Diarrea aguda: Epidemiología, concepto, clasificación, clínica, diagnóstico, vacuna contra rotavirus. Arch Venez Puer Ped [Internet]. 2014 Mar [citado 2024 marzo 10]; 77(1):29-40. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06492014000100007&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492014000100007&lng=es)
16. Gea FP, Fitoria VLL, Bermúdez H, Castillo JJ. Criterios de Centor modificados por MacIsaac y su eficacia diagnóstica y terapéutica en faringoamigdalitis aguda en niños, Revisión sistemática. Revista Torreón Universitario [Internet]. 2022 [citado 8 de marzo de 2024];11(31). Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/387/3873100006/html/>
17. Johnson K. Taquipnea transitoria del recién nacido. UpToDate. Actualización: 30 agosto 2021
18. Muñoz E. Taquipnea transitoria del recién nacido. Caso clínico. Revista electrónica de PortalesMedicos. 2021; XVI (21): 1002. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/taquipneatransitoria-del-recien-nacido-caso-clinico/>
19. Royo D, Curto B., Fernández C., Pinillos R., Torres S, Galve Z. et al. Taquipnea transitoria del recién nacido: principales factores de riesgo, evolución y complicaciones. Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2015; 45: 69-74. Disponible en: <https://spars.es/wp-content/uploads/2017/02/vol45-n3-1.pdf>
20. Perez R., Jasso L., Doubova S., Flores S., Mantilla C., Gonzales E. et al. Evaluación de la calidad de la atención de la taquipnea transitoria en recién nacidos afiliados al Seguro Médico Siglo XXI. Bol Med Hosp Infant Mex. 2014; 71(6): 346-351. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v71n6/v71n6a4.pdf>
21. Herrera NAN. Incidencia de pielonefritis aguda en el embarazo, tasa de curación microbiológica y resultados maternos en la Clínica Foscal Floridablanca, Colombia. 2020;

22. León JPR. PIELONEFRITIS EN EL EMBARAZO: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.
23. Rodríguez Barraza WC. Infección urinaria gestacional como fuente de complicación esperinatales y puerperales/gestacional. *Biociencias*. 2019;185- 203.
24. Oltra-Benavent M, Ferrer-Lorente B, Ródenas Moreno M, Torrejón Rodríguez L. [Selection of empirical antibiotic treatment in pyelonephritis according to the patient's profile]. *An Pediatr*. marzo de 2020;92(3):181-2.
25. Sánchez KH. Preeclamsia. *Revista Médica Sinergia*. 1 de marzo de 2018;3(3):8-12.
26. Phipps EA, Thadhani R, Benzing T, Karumanchi SA. Pre-eclampsia: pathogenesis, novel diagnostics and therapies. *Nat Rev Nephrol*. mayo de 2019;15(5):275-89.
27. Guevara Ríos E, Meza Santibáñez L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. *Rev peru ginecol obstet*. 28 de enero de 2015;60(4):385-93.
28. de Lima C. Guía de Práctica Clínica para la prevención y manejo de Preeclampsia y Eclampsia - Versión extensa -.
29. Jaiyeoba O. Postoperative Infections in Obstetrics and Gynecology. *Clinical Obstetrics and Gynecology* [Internet]. diciembre de 2012 [citado el 9 de abril de 2024];55(4):904. Disponible en:  
[https://journals.lww.com/clinicalobgyn/abstract/2012/12000/postoperative\\_infections\\_in\\_obstetrics\\_and.9.aspx](https://journals.lww.com/clinicalobgyn/abstract/2012/12000/postoperative_infections_in_obstetrics_and.9.aspx)
30. Almansa C, Camaño I, Villar O, Montañez D, Vallejo P, García-Burguillo A. Puerperal curettage after cesarean section delivery. *Journal of Perinatal Medicine* [Internet]. el 1 de mayo de 2013 [citado el 9 de abril de 2024];41(3):267–71. Disponible en:  
<https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/jpm-2012-0146/html>
31. Méndez-Brich MM, Fuchs-Cordón JR, Fuchs-Castillo EJ. Uso profiláctico de antibióticos previos a la cesárea. *Acta Médica Costarricense* [Internet]. 2011 [citado el 9 de abril de 2024];53(4):172–5. Disponible en:

[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0001-60022011000400003&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0001-60022011000400003&lng=en&nrm=iso&tlng=es)

32. Norma técnica de salud para el manejo de infecciones de transmisión sexual en el Perú [Internet]. 2009. Disponible en: <http://www.dirislima.este.gob.pe/downloadSQL.asp?ff0d813dd5d2f64dd372c6c4b6aed086=6&59b8d02757e1bd7790e2fadf4ca3cea1=7082>.
33. Divertículos de la faringe, el esófago, el estómago y el intestino delgado -ClinicalKey [Internet]. [citado 19 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788491139492000263?scrollTo=%23hl0000260>
34. Brown S. Divertículo de Zenker: Diverticulotomía endoscópica asistida por grapas. JOMI [Internet]. 10 de marzo de 2022 [citado 19 de mayo de 2024];2022(2). Disponible en: <https://jomi.com/article/275/zenker'sdiverticulum:-endoscopic-staple-assisted-diverticulotomy>
35. Porziella V, Zanfrini E, Tabacco D, Pogliani L, Vita ML, Petracca-Ciavarella L, et al. Surgical treatment of Zenker diverticula. Annals of Esophagus [Internet]. 25 de marzo de 2023 [citado 19 de mayo de 2024];6(0). Disponible en: <https://aoe.amegroups.org/article/view/6218>
36. Stewart DB. Fisura anal: manifestaciones clínicas, diagnóstico, prevención. Uptodate [Internet]. 2021;1–13. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/anal-fissure-clinical-manifestationsdiagnosis-prevention?search=Fisuraanal&source=search\\_result&selectedTitle=2~91&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/anal-fissure-clinical-manifestationsdiagnosis-prevention?search=Fisuraanal&source=search_result&selectedTitle=2~91&usage_type=default&display_rank=2)
37. Bleday R. Fisura anal : manejo médico. Uptodate [Internet]. 2021; Available from: [https://www.uptodate.com/contents/anal-fissuremedicalmanagement?search=Fisuraanal&source=search\\_result&selectedTitle=1~91&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/anal-fissuremedicalmanagement?search=Fisuraanal&source=search_result&selectedTitle=1~91&usage_type=default&display_rank=1)
38. Hernandez J, De Leon J, Martinez M, Guzman J et al. Apendicitis aguda: Revision de la literatura. Cirujano general. 2019;41(1): 33-38. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg2019/cg191f.pdf>

39. Fallas J. Apendicitis aguda. Medicina legal de Costa Rica. 2012;29(1):1409-0015. Disponible en:  
<https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v29n1/art10.pdf>
40. Souza L, Martinez J. Apendicitis aguda. Manejo quirúrgico y no quirúrgico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017;55(1):76-81. Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im2017/im171p.pdf>
41. Monestes J, Galindo F. Colecistitis
42. aguda. [Online].; 2009. Disponible en: <https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/ccuarentayuno.pdf>
43. Álvarez M, Zarate A. Colecistitis aguda. [Online]. Disponible en: <https://medfinis.cl/img/manuales/Colecistitis%20aguda.pdf>