

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DEL INTERNADO  
MÉDICO EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL  
SALVADOR 2023-2024**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR  
WALTER FRANCISCO CHEVEZ FARFAN**

**ASESOR**

**MARTIN HECTOR SEGUNDO VASQUEZ SEGURA**

**LIMA - PERÚ**

**2024**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada**

**CC BY-NC-ND**

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DEL INTERNADO  
MÉDICO EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL  
SALVADOR 2023-2024**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR  
WALTER FRANCISCO CHEVEZ FARFAN**

**ASESOR  
MAG. MARTIN HECTOR SEGUNDO VASQUEZ SEGURA**

**LIMA, PERÚ  
2024**

## **JURADO EVALUADOR**

### **Presidente**

DR. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

### **Miembros**

DR. JOHANDI DELGADO QUISPE

DR. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

## DEDICATORIA

A mis padres por siempre enseñarme los buenos valores que debo tener para ser una excelente persona y un buen profesional, también por sus consejos y motivarme en todos los momentos de mi vida y así lograr completar los retos y proyectos que tengo.

A mi familia en general, por darme una palabra de aliento cada vez que los veía, especialmente a mi abuela Delia que, gracias a su modelo de vida, gracias a sus actitudes que me motiva siempre a ser una mejor persona y así querer ayudar a todos los que estén a mi alcance.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecerle a Dios por darme esa fortaleza y perseverancia de poder continuar día a día y culminar esta hermosa carrera de servicio humano que me permitirá ayudar a la población peruana.

Un agradecimiento especial a la Universidad de San Martín de Porres, por haberme brindado la oportunidad de estudiar y completar esta hermosa carrera y conocer a unos calificados y reconocidos doctores que contribuyeron de una forma especial a mi formación profesional y en algún momento con sus sabios consejos para mejorar mi formación personal.

Al Hospital de Emergencias de Villa el Salvador y al C.M.I. Buenos Aires de Villa por permitirme aprender los mejores conocimientos teóricos y prácticos de grandes profesionales de la Salud y también mostrarme la verdadera realidad de lo que necesita el paciente en cuanto a un manejo integral.

## ÍNDICE

JURADO EVALUADOR	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	12
1.1 Rotación en Medicina Interna	12
1.2 Rotación en Cirugía General	16
1.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia	20
1.4 Rotación en Pediatría	25
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	28
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	29
3.1 Rotación en Medicina Interna	29
3.2 Rotación en Cirugía General	32
3.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia	36
3.4 Rotación en Pediatría	42
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	47
CONCLUSIONES	49
RECOMENDACIONES	50
FUENTES BIBLIOGRÁFICAS	51

## RESUMEN

Objetivo: Exponer lo importante y relevante que es el internado médico en la formación académica y personal.

Materiales y métodos: Los participantes fueron pacientes que acudían al Hospital de Emergencias de Villa el Salvador, entre el 2023 – 2024.

Conclusión: El internado médico es la última fase dentro de los estudios para la profesión de Medicina Humana, esto se realizó en un hospital de emergencias de alta complejidad, donde se garantizó que las especialidades rotantes nos brindaran conocimientos teóricos y habilidades prácticas para ser médicos de alta calidad.

Palabras clave: Internado médico, Hospital de Emergencias de Villa el Salvador, medicina humana

## **ABSTRACT**

**Objective:** Explain how important and relevant the medical internship is in academic and personal training.

**Materials and methods:** The participants were patients who attended the Villa el Salvador Emergency Hospital, between 2023 – 2024.

**Conclusion:** The medical internship is the last phase within the studies for the profession of Human Medicine, this was carried out in a highly complex emergency hospital, where it was guaranteed that the rotating specialties provided us with theoretical knowledge and practical skills to be high-quality doctors.

**Keywords:** Medical internship, Hospital de Emergencias de Villa el Salvador, human medicine

# WALTER FRANCISCO CHÉVEZ FARFÁN

## TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SA

 My Files

 My Files

 Universidad de San Martín de Porres

### Detalles del documento

Identificador de la entrega

[tm:oid:::29427:410096986](#)

Fecha de entrega

27 nov 2024, 2:55 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

27 nov 2024, 2:59 p.m. GMT-5

Nombre de archivo

TESIS CHÉVEZ FARFÁN\_WALTER FRANCISCO.docx

Tamaño de archivo

140.3 KB

50 [Páginas](#)

11,353 [Palabras](#)

62,509 [Caracteres](#)



Página 1 of 55 - Portada

Identificador de la entrega [tm:oid:::29427:410096986](#)

# 17% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

## Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)
- ▶ Trabajos entregados

## Fuentes principales

- 17%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

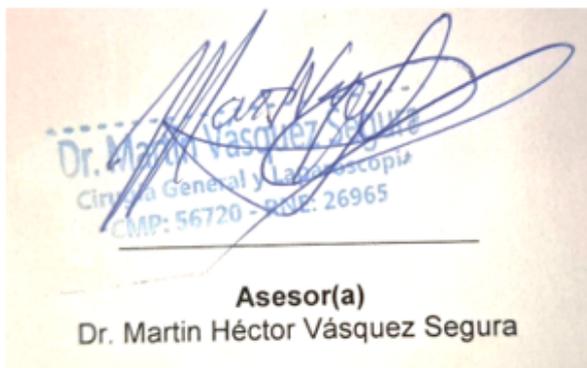
## Marcas de integridad

### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una aleta para que pueda revisarlo.

Una marca de aleta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



Asesor: Dr. Martín Héctor Vásquez Segura

DNI: 42853183

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-6213-1529>

## INTRODUCCIÓN

La carrera de medicina humana tiene dos etapas muy marcadas en las cuales, durante la primera etapa en pregrado, nosotros debemos adquirir conocimientos teóricos los cuales nos permitirán desarrollar la segunda etapa que se le conoce como el internado médico donde ya completaremos nuestra formación académica y práctica, y así podamos convertirnos en médicos competentes y con grandes habilidades prácticas.

El Internado Médico es trascendental en la vida de un estudiante de medicina debido a que se culminan nuestras prácticas hospitalarias de suma importancia en esta profesión, en este año quedaremos marcados por los distintos desafíos personales, académicos y psicosociales que se nos presentaron, pero siempre teniendo presente que es en este año donde debemos enriquecer nuestros conocimientos necesarios para la atención de los diversos pacientes que tendremos a cargo en el futuro.

Esta etapa tan importante la realicé en el Hospital de Emergencias de Villa el Salvador, un hospital que tiene el nivel II-II certificado por el Ministerio de Salud, se encuentra situado en el distrito de Villa el Salvador ubicándose así en la DIRIS Lima Sur; como un futuro profesional de la salud, participé activamente de las diversas actividades hospitalarias entre los años 2023 – 2024, pero antes de empezar, nuestra sede organizó una inducción para todos nosotros los internos y así poder enseñarnos el sistema, las instalaciones y el manejo de cada servicio de esta institución.

El HEVES presenta diversas especialidades médicas con el personal altamente capacitado en la atención clínica y quirúrgica, principalmente en las grandes rotaciones que realiza todo interno de medicina, como lo son ginecología, pediatría, medicina interna y cirugía general. Este hospital también posee distintas áreas de apoyo diagnóstico con equipos modernos tanto los distintos laboratorios especializados y en el apoyo de imagenología, todo esto siendo de vital importancia para diagnosticar y manejar las distintas enfermedades de la mejor manera y así

brindar una atención eficiente y de alta calidad.

Nuestra labor diaria como futuros médicos consistía en realizar las historias clínicas y evoluciones de los distintos pacientes, además de las recetas e interconsultas a otras especialidades y procedimientos básicos, todo esto supervisado por el personal de la institución como lo son los especialistas y residentes de cada servicio, así conseguimos alcanzar los conocimientos esenciales ya plasmados en el ejercicio médico diario como también la experiencia en identificar signos y síntomas cruciales para el manejo de las distintas patologías y con ello lograr un diagnóstico adecuado conjuntamente con el tratamiento y la rehabilitación acorde para cada enfermedad.

Además de lo mencionado, realizábamos exposiciones de los diversos casos clínicos más resaltantes de cada servicio, donde discutíamos todo el proceso de la enfermedad desde cuando llega el paciente hasta el momento de su alta, evaluados siempre por los especialistas los cuales nos apoyaban y guiaban constantemente realizando observaciones y recomendaciones para mejorar y así enfrentarnos de la mejor manera la diversidad de enfermedades que nos podamos encontrar.

Es importante mencionar que participamos en distintas áreas de atención hospitalarias, como consultorios externos, hospitalización de cada servicio, en la unidad de cuidados intensivos, en sala de operaciones y en emergencias, logrando así un aprendizaje más completo e integral; por lo que en este trabajo de suficiencia profesional se presentarán dos casos más significativos de cada rotación en la que se cursó.

# **CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL**

## **1.1 Rotación en Medicina Interna**

### **Caso clínico no 1**

Varón de 48 años, es admitido en emergencia con un tiempo de enfermedad de 1 hora, de inicio brusco y curso progresivo con síntomas de dolor torácico opresivo de moderada magnitud, el cual va aumentando en la respiración y reduce al reposo, este dolor está irradiado hacia la mandíbula y miembro superior izquierdo.

Además, refiere que presentó un cuadro similar hace tres semanas que calmó al reposo, también mencionó disnea al realizar grandes actividades físicas.

### **Antecedentes personales**

- Hipertensión arterial (tratamiento con Losartán 50mg / día)

### **Antecedentes familiares**

- Papá con Hipertensión arterial
- Mamá relativamente sana

### **Funciones vitales y Examen físico**

- P.A.: 160/90 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 86 lpm, Frecuencia respiratoria: 15 rpm
- Temperatura: 36 °C, Saturación de oxígeno: 97 %
- AREG, AREH, AREN
- Piel: Fría, elástica, hidratada, con hiperhidrosis
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos audibles.
- AR: Tórax con amplexación conservada, Murmullo vesicular pasa bien en ACP, no ruidos agregados
- SN: Localizado en tiempo, espacio y persona, E. Glasgow: 15/15

### **Exámenes auxiliares**

- Hemograma: Hb: 15 gr/dl; HTO: 45%, Pla: 205000, Leuco: 7100 / mm<sup>3</sup>
- Glucosa: 80 mg/dl
- P. coagulación: TP: 11 seg, TTPA: 35 seg, INR: 1, TT: 25 seg
- Ekg: Elevación de 2 mm en el segmento ST en cara lateral alta.
- Enzimas cardiacas: Troponina: 3 ng/mL, CPK-MB: 15ng/mL

### **Diagnóstico principal**

Síndrome agudo coronario:

- Infarto de miocardio con elevación del segmento ST

### **Diagnósticos secundarios**

- Hipertensión arterial

### **Tratamiento médico**

- NPO
- Isosorbide 5 mg colocar 2 tabletas SL STAT
- Ácido acetilsalicílico 500 mg VO STAT
- I/C para Cateterismo cardiaco de emergencia
- CFV cada 2 horas
- Observar signos de alarma

### **Caso clínico n.º2**

Varón de 56 años oriundo de Piura acudió a emergencia con un tiempo de enfermedad de 2 días, empezando de manera insidiosa y curso progresivo; el paciente comenta que empezó con un dolor en epigastrio y que posteriormente se fue irradiando hacia la espalda, el dolor era tipo cólico con una escala de EVA de 9/10, además refiere náuseas y vómitos en unas 6 ocasiones. Niega

otras molestias.

### **Antecedentes personales**

- Alcoholismo entre los 18 a 40 años
- Sobrepeso
- HTA (losartán)
- RAMS: niega

### **Antecedentes familiares**

- Papá con HTA
- Mamá con obesidad tipo II
- Hermano mayor con antecedentes de gastritis

### **Examen físico**

- Presión arterial: 140/80 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 90 lpm, Frecuencia respiratoria: 19 rpm
- Temperatura: 36.4 PC, Saturación de oxígeno: 98 %
- AREG, AREH, AREN
- Piel: Tibia, elástica, hidratada, sin lesiones
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos audibles.
- AR: Tórax con amplexación conservada, Murmullo vesicular pasa bien en ACP, no ruidos agregados
- Abd: No distendido, blando, depresible, dolor a la palpación en epigastrio, no signos peritoneales.
- SN: Localizado en tiempo, espacio y persona, E. Glasgow: 15/15

### **Exámenes auxiliares**

- Hemograma: Hb: 14 gr/dl; HTO: 46%, Pla: 240000, Leuco: 8900 / mm<sup>3</sup>

- Glucosa: 86 mg/dl
- Amilasa: 1899 U/l; Lipasa: 3488 U/l
- Bilirrubina total: 2.98 mg/dl; Bilirrubina directa: 2.51 mg/dl;
- TGO: 582 U/l; TGP: 482 U/l; FA: 300 U/l

### **Ecografía abdominal:**

- Se encuentra dilatación moderada de la vía biliar intrahepática; el colédoco hasta 8mm;
- Litiasis vesicular
- Esteatosis hepática

### **Diagnóstico principal**

- Síndrome doloroso abdominal: Pancreatitis aguda
- Colelitiasis
- Esteatosis hepática
- D/C Cirrosis hepática

### **Diagnósticos secundarios**

- Hipertensión Arterial
- Esteatosis hepática

### **Tratamiento médico**

- NPO
- NAACL 0,9% 1000cc en I, II, III
- Dimenhidrinato 50mg ev cada 8 H
- Tramadol 50mg stat
- Metoclopramida 10mg ev cada 8 H
- CFV

- BHE
- Hospitalización y OSA

## **1.2 Rotación en Cirugía General**

### **Caso clínico n.º3**

Paciente de sexo femenino de 22 años, procedente de Villa el Salvador, acude al hospital con un tiempo de enfermedad de 12 horas, iniciando de forma insidiosa y cursando progresivamente, la paciente refiere que el dolor inició en hemiabdomen superior y posteriormente ha migrado hacia fosa iliaca derecha, dolor tipo opresivo que no seden con la analgesia; además menciona náuseas, no vómitos, hiporexia y sensación de alza térmica.

### **Antecedentes personales**

- Niega antecedentes de importancia
- RAMS: niega

### **Antecedentes familiares**

- Padre con Hipertensión arterial
- Mamá aparentemente sana

### **Examen físico**

- Presión arterial: 120/75 mmHg
- Frecuencia cardíaca: 95 lpm, Frecuencia respiratoria: 18 rpm
- Temperatura: 37.8 °C, Saturación de oxígeno: 97 %
- Sed aumentada, apetito disminuido, sueño conservado
- Orina conservada, deposiciones líquidas
- AREG, AREH, AREN
- Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2 seg, sin lesiones

- CV: RCR de buena intensidad, no soplos audibles.
- AR: Tórax con amplexación conservada, Murmullo vesicular pasa bien en ACP, no ruidos agregados
- Abd: No distendido, RHA disminuidos, blando, depresible, dolor a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha, resistencia muscular positiva, McBurney +, Blumberg +, no se palpan masas
- SN: Localizado en tiempo, espacio y persona, E. Glasgow: 15/15

### **Exámenes auxiliares**

- Hemograma: Hb: 12 gr/dl; HTO: 46%, Plaq: 280000, Leuco: 15790 / mm<sup>3</sup>, Segmentados: 74%, Abastadonados: 9%
- Glucosa: 86 mg/dl
- Urea: 21mg/dl, Creatinina: 0,82 mg/dl
- Bilirrubina total: 0,27 mg/dl; Bilirrubina directa: 0,31 mg/dl
- TGO: 40 U/l; TGP: 50 U/l; FA: 110 U/l
- P. coagulación: TP: 12 seg, TTPA: 38 seg, INR: 1

### **Diagnóstico principal**

Abdomen agudo quirúrgico: Apendicitis aguda

### **Tratamiento médico**

- NPO
- NAACL 0,9% ev → 45 gts por min
- Metronidazol 500mg EV cada 8 H
- Ceftriaxona 2g EV cada 24 H
- Metoclopramida 10mg EV cada 12 H
- Metamizol 2g EV stat, luego cada 8 horas

- IC anestesiología para RQ
- IC a medicina de emergencia para RQ
- Programar para cirugía de emergencia
- CFV
- OSA

#### **Caso clínico n.º 4**

Varón de 58 años, acude al hospital con su familiar, refiriendo que el paciente se encontraba viendo televisión y súbitamente presentó mareos y luego pérdida de la conciencia; viniendo a emergencia también menciona que el paciente empieza a orinarse y presentó movimientos involuntarios por 15 seg.

En la emergencia, el paciente no responde al llamado además de flacidez en miembros. Familiar refiere que el paciente está llevando control por cardiología debido a la hipertensión arterial que sufre desde hace 5 años, pero últimamente no tomaba sus pastillas a las horas indicadas.

#### **Antecedentes personales**

- Hipertensión arterial en tratamiento irregular con losartán 50mg
- Diabetes mellitus 2 en tratamiento con metformina
- Obesidad tipo II

#### **Antecedentes familiares**

- Papá falleció de paro cardíaco
- Mamá con hipertensión arterial
- Hermana con diabetes mellitus

#### **Examen físico**

- Presión arterial: 150/88 mmHg

- Frecuencia cardiaca: 122 lpm, Frecuencia respiratoria: 13 rpm
- Temperatura: 36.3 °C, Saturación de oxígeno: 93 %
- AREG, AREH, AREN
- Piel: Fría, elástica, hidratada, llenado capilar < 2 seg
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos audibles.
- AR: Tórax con amplexación conservada, Murmullo vesicular pasa bien en ACP, no ruidos agregados
- Abd: No distendido, RHA normales, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no se palpan masas ni visceromegalias.
- SN: Nivel de conciencia: estupor, E. Glasgow: 8/15, pupilas isocóricas no fotorreactivas, Babinsky (+), flacidez en miembros superiores

### **Exámenes auxiliares**

- Hemograma: Hb: 13 gr/dl; HTO: 46%, Plaq: 190000, Leuco: 7640 / mm<sup>3</sup>
- Glucosa: 94 mg/dl
- Urea: 20 mg/dl, Creatinina: 0,89 mg/dl
- Bilirrubina total: 0,45 mg/dl; Bilirrubina directa: 0,21 mg/dl
- TGO: 28 U/l; TGP: 32 U/l; FA: 100 U/l
- P. coagulación: TP: 11 seg, TTPA: 37 seg, INR: 1.2

### **Diagnostico principal**

Accidente cerebrovascular hemorrágico

### **Diagnósticos secundarios**

- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus 2

- Obesidad tipo II

### **Tratamiento médico**

- NPO
- NAACL 0.9% EV a 45 gotas por minuto STAT.
- Programar para neurocirugía de emergencia
- CFV + OSA

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

#### **Caso clínico n.º 5**

Paciente femenina de 37 años, acude a emergencias derivado del CMI Juan Pablo II, de Villa el Salvador, en compañía de su esposo, refiriendo un sangrado abundante en su menstruación que le dura un aproximado de 15 días; esto se viene repitiendo desde hace más de un año, además menciona que hace 6 meses acudió a un médico particular donde le diagnosticaron miomatosis uterina y le dieron tratamiento por vía oral; en el centro de salud le tomaron un hemograma donde se evidenció una anemia severa con un resultado de 4,9 g/dl en su hemoglobina.

#### **Antecedentes personales**

- Menarquia 13 años, IRS: 16 años, RC: 12/28, NPS: 3, MAC: niega, FUR: 28/05/23, PAP: Marzo 2022 ( sin alteraciones); G3 P3003
- Cesareada anterior 1 vez
- Obesidad tipo I
- RAMS: niega

#### **Antecedentes familiares**

- Papá con hipertensión arterial
- Mamá con obesidad y diabetes mellitus II

## **Examen físico**

- PA: 100/70 mmHg; FC: 96 lpm; FR: 18 rpm; T°: 36,6°C; SatO2: 97%
- AREG, AREH, AREN
- Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2 seg
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos audibles.
- AR: Tórax con amplexación conservada, Murmullo vesicular pasa bien en ACP, no ruidos agregados
- Abd: No distendido, RHA normales, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio, se palpa una masa de aproximadamente 6cm
- GU: Especuloscopia: restos de sangrado en el canal vaginal, cérvix cerrado, canal vaginal sin lesiones.
- SN: Localizada y orientada en espacio, tiempo y persona. E. Glasgow: 15/15, No signos de focalización.

## **Exámenes auxiliares**

- Hemograma institucional: Hb: 5.2 gr/dl; HTO: 35%, Pla: 220000, Leuco: 5100 / mm<sup>3</sup>
- Urea: 21 mg/dl, Creatinina: 0,65 mg/dl
- Bilirrubina total: 0,42 mg/dl; Bilirrubina directa: 0,20 mg/dl
- TGO: 29 U/l; TGP: 31 U/l; FA: 110 U/l
- P. coagulación: TP: 12 seg, TTPA: 35 seg, INR: 1.1

## **Diagnóstico principal**

Miomatosis uterina

## **Diagnósticos secundarios**

- Anemia crónica

- Cesareada anterior 1 vez
- Obesidad tipo II

### **Tratamiento médico**

- NaCl 0.9% 1000cc → 45 gotas por min
- Transfundir 3 paquetes sanguíneos
- Hospitalización
- Completar exámenes prequirúrgicos
- I/C a Cardiología para RQ
- Realizar ecografía TV
- CFV estricto
- Observar signos de alarma

### **Caso clínico n.º 6**

Paciente mujer de 35 años, acude a emergencias con una gestación de 36 semanas y 2 días, refiriendo cefalea en moderada intensidad, náuseas y aumento de volumen en miembros inferiores, niega otras molestias; además menciona que siente que su bebé se mueve con normalidad y tiene leves contracciones uterinas.

### **Antecedentes personales**

- Menarquia 14 años, IRS: 17 años, RC: 4/28, NPS: 1, MAC: niega, FUR: 17/06/22; G4 P3003
- Obesidad tipo II
- Preeclampsia leve en su 2da y 3era gestación
- Anemia ferropénica
- RAMS: niega

### **Antecedentes familiares**

- Madre con hipertensión arterial
- Papá falleció de cirrosis hepática
- Hermana tuvo una gestación con preeclampsia severa

### **Examen físico**

- PA: 175/100 mmHg; FC: 90 lpm; FR: 19 rpm; T°: 36,3°C; SatO2: 96%
- AREG, AREH, AREN
- Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2 seg, leve palidez +/-, no ictericia, edema en miembros inferiores +/-
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos audibles.
- AR: Tórax con amplexación conservada, Murmullo vesicular pasa bien en ACP, no ruidos agregados
- Abd: Grávido, AU: 37cm, DU: ausente, MF: presentes, LCF: 145 lpm, leve dolor a la palpación profunda.
- GU: Tacto vaginal: cérvix posterior cerrado, no evidencia de sangrado, canal vaginal sin lesiones, presencia de poco líquido de aspecto lechoso espeso, pelvis ginecoide.
- SN: Localizada y orientada en espacio, tiempo y persona. E. Glasgow: 15/15, No signos de focalización.

### **Exámenes auxiliares**

- Hemograma institucional: Hb: 9.2 gr/dl; HTO: 32%, Plaquetas: 180000, Leucos: 8800 / mm<sup>3</sup>
- Urea: 23 mg/dl, Creatinina: 0,8 mg/dl
- Bilirrubina total: 0,40 mg/dl; Bilirrubina directa: 0,23 mg/dl
- TGO: 29 U/l; TGP: 31 U/l; FA: 100 U/l

- P. coagulación: TP: 13 seg, TTPA: 32 seg, INR: 1
- Examen de orina: proteinuria +++/+++
- RPR: no reactivo, VIH: no reactivo
- Registro cardiotocográfico dentro de los valores normales
- Ecografía: feto único, ubicado longitudinal podálico derecho, placenta anterior, movimientos fetales presentes, volumen de líquido amniótico normal, peso fetal de 3350 gr.

### **Diagnóstico principal**

Trastornos hipertensivos del embarazo: Preeclampsia severa

### **Diagnósticos secundarios**

- Anemia ferropénica
- Obesidad tipo II

### **Tratamiento médico:**

- NACL 0,9% 1000cc → 45 gotas por min
- Sulfato de magnesio 20% → 5 ampollas + NACL 0,9% 100cc EV → 4gr cada 20 minutos y luego 1gr cada hora
- Nifedipino 10mg VO stat
- Ácido acetilsalicílico 100mg Vo cada 24 horas
- Colocar sonda Foley
- Control de BHE estricto
- Monitoreo materno – fetal estricto
- Cesárea de emergencia
- CFV + OSA

## 1.4 Rotación en Pediatría

### Caso clínico n.º 7

Paciente femenino de 8 meses, acude a emergencias en compañía de su madre la cual menciona que desde hace 5 días presenta tos leve, rinorrea y fiebre cuantificada de 38,5°C, debido a eso le dio 20 gotas de paracetamol a su menor hijo, 2 días antes del ingreso la tos aumenta de intensidad y en frecuencia y se mantiene la fiebre de 38°C por lo que le dio 15 gotas de repriman; el día del ingreso los síntomas previos se mantienen y se le agrega “silbidos de pecho” y aumento de la frecuencia de las respiraciones, la fiebre aumenta a 39°C motivos por los cuales lo trae a la institución.

### Antecedentes personales

- Patologías: niega
- Cirugías: niega
- RAMS: niega
- Familiares: Mamá con asma, Papá aparentemente sano
- Vacunas completas para su edad

### Examen físico

- FC: 139 lpm; FR: 45 rpm; T°: 37°C; SatO<sub>2</sub>: 92%
- General: Despierto, levemente quejumbroso, ventila espontáneamente con distrés respiratorio.
- Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2 seg, leve palidez +/-+++
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos audibles
- AR: Tórax con amplexación conservada, simétrico, leves tirajes subcostales, murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares, en la auscultación se evidencian subcrepitantes y sibilantes bilaterales en los ápices.

- Abd: Blando depresible, RHA presentes, no distendido, no se palpan masas
- SN: no signos de focalización, no signos meníngeos

### **Diagnóstico principal**

Síndrome obstructivo bronquial: Bronquiolitis

### **Diagnósticos secundarios**

- Lactante menor

### **Tratamiento médico**

- Nebulizar con salbutamol → I, II, III ciclos en 1 hora
- Lavado y limpieza de orificios nasales
- Solicitar radiografía de tórax
- Solicitar hemograma completo
- Reevaluación con resultados

### **Caso clínico n.º 8**

Niño de 3 años y 9 meses, asiste al hospital en compañía de su papá, el cual refiere que desde hace 4 días presenta erupciones dérmicas en formas vesiculares pruriginosas y papulares, éstas se ubican en cabeza, cara y en las extremidades; 2 días antes del ingreso se le añade fiebre cuantificada en 38,2°C por lo que le dio 20 gotas de repriman, el día del ingreso aumentaron las lesiones dérmicas, se le añadió irritabilidad y se mantuvo la fiebre en 38°C, motivos por los cuales acude a emergencia.

Papá refiere que en el colegio hay dos compañeros de su hijo que presentaron las mismas lesiones dérmicas hace 1 semana.

### **Antecedentes personales**

- Patológicos: bronquiolitis a los 9 meses de edad
- Quirúrgicos: niega

- RAMS: niega
- Familiares: niegan
- Ambientales: contacto con compañeros en el colegio
- Vacunas completas para su edad

### **Examen físico**

- FC: 91 lpm; FR: 25 rpm; T°: 37.6°C; SatO2: 97%
- General: Despierto, levemente irritable, ventila espontáneamente sin distrés respiratorio.
- Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2 seg, lesiones dérmicas de características vesiculares y papulosas en cabeza, cara, extremidades superiores e inferiores, se evidencias costras en cuero cabelludo; no presenta signos de flogosis.
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos audibles
- AR: Tórax con amplexación conservada, simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- Abd: Blando depresible, RHA presentes, no distendido, no se palpan masas
- SN: no signos de focalización, no signos meníngeos

### **Diagnóstico principal**

- Varicela

### **Tratamiento médico**

- Paracetamol 240 mg VO cada 8 horas por 3 días.
- Aciclovir 320 mg VO cada 8 horas por 10 días.
- Hospitalizar en aislamiento
- Control de funciones vitales
- Observar signos de alarma

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

En el internado médico es fundamental que, durante las rotaciones por las diferentes especialidades médicas, se adquieran los distintos conocimientos teóricos y prácticos para poder ser competentes y eficientes en el futuro trabajo con los distintos pacientes que tendremos a cargo.

El Hospital de emergencias de Villa el Salvador, abrió sus instalaciones el 07 de abril del 2016, este establecimiento de salud está categorizado con un nivel II-2 y se encuentra localizado en la zona sur del Lima dentro del distrito de Villa el Salvador beneficiando a la gente de los distintos distritos del sur como lo son Villa el Salvador, Lurín, Pachacamac, Punta Negra, San Bartolo, Punta Hermosa, Santa María del Mar y Pucusana. (1)

El hospital es una institución de referencia para distintos centros de salud de la jurisdicción, es un hospital relativamente nuevo y moderno que consta de diversas especialidades para el manejo y tratamiento de patologías en áreas ginecológicas, pediátricas, quirúrgicas y de medicina interna. Nuestra institución cuenta con una farmacia muy bien abastecida y con excelente atención las 24 horas del día, tanto para el área de hospitalización y de emergencia, asimismo posee excelentes áreas para la ayuda al diagnóstico médico, como lo es el laboratorio clínico donde realizábamos exámenes de sangre, orina, heces, líquido cefalorraquídeo, entre otros fluidos corporales; además se realizan pruebas de anatomía patológica para diversas muestras de tejidos que tomábamos de los pacientes; también presentan áreas donde nos apoyamos de la imagenología médica por lo que se hacen ecografías, radiografías y otros procedimientos más especializados como radiología intervencionista, colonoscopías, ecocardiogramas, endoscopías, entre otras.

Nuestra labor como internos de medicina, aparte de absorber y definir todos los conocimientos, es también apoyar en las historias clínicas, aprender a tomar pruebas para laboratorios y hacer el seguimiento de la enfermedad con las evoluciones médicas, todo esto bajo la supervisión de los especialistas.

## **CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL**

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

Con respecto al primer caso, se observa un infarto agudo de miocardio, donde la definición de consenso internacional actual dice que el término se debería usar cuando haya certeza de necrosis miocárdica, con manifestaciones clínicas consistentes de isquemia miocárdica.

El primer paso es diagnosticar el infarto de miocardio, que frecuentemente se basa en un antecedente de dolor torácico con una duración aproximada de 20 minutos y que no desaparece cuando se administra nitroglicerina. Es importante considerar el historial de cardiopatía isquémica y la extensión del dolor hacia la zona del cuello, el brazo izquierdo o la mandíbula. A veces el padecimiento inicial puede no ser severo. En algunos casos, los pacientes muestran la clínica menos usual como disnea, palpitaciones, náuseas, vómitos o síncope. Con mayor frecuencia se suscitan en personas diabéticas, mujeres o adultos mayores.

En pacientes con sospecha de infarto agudo de miocardio con elevación de segmento ST, es esencial realizar el diagnóstico, de manera que se detecten arritmias que puedan poner en riesgo su vida y también permitir la inmediata desfibrilación cuando esta se indique. Lo recomendable es efectuar un ECG de 12 derivaciones y realizar su interpretación inmediatamente (2).

En lo que respecta a la fase aguda la acción de rutina es extraer muestras de sangre para los biomarcadores, aunque esto no implica esperar resultados para comenzar la reperfusión. El biomarcador sugerido es la troponina (T o I), en virtud de su alto nivel de sensibilidad y especificidad para el infarto miocárdico. En las personas que muestran una clínica de baja probabilidad o intermedia en cuanto a evolución de isquemia miocárdica, pero con síntomas previos por tiempo prolongado, lo recomendable es realizar un test negativo de troponina de forma que no se tenga que efectuar la angiografía de urgencias que, para algunos de los pacientes, es innecesario.

En caso de incertidumbre acerca de un probable infarto de miocardio en evolución se sugiere llevar a cabo la prueba de imagen de urgencias ya que permite indicar a tiempo la terapia de reperfusión. En caso hubiera disponibilidad hacerlo de manera local, la angiografía coronaria de urgencias es lo ideal, porque seguidamente se puede hacer la angioplastia primaria si es que el diagnóstico se confirma.

Otro factor que es de suma relevancia radica en las acciones para aliviar el dolor que van más allá de razones humanitarias, ya que el dolor también se encuentra ligado a la activación simpática que genera vasoconstricción eleva el trabajo del corazón. Dentro de esta realidad, la utilización de opiáceos intravenosos titulados como la morfina son los más utilizados. Sin embargo, algunas consecuencias involucran hipotensión, vómitos, depresión respiratoria, bradicardia y náuseas. En este último caso se puede emplear antieméticos de forma simultánea. En el caso de la hipotensión y bradicardia se encuentra efectiva la atropina, mientras que la depresión respiratoria responde a la nioxona (0,1 – 0,2 mg i.v. con una intermitencia de 15 minutos si es que está indicado). En los casos de disnea o hipoxia está recomendada la administración de oxígeno (2).

También es necesario tener presente la rapidez que se debe tener en el manejo de pacientes cuando arriban al hospital, especialmente para realizar el diagnóstico, administrar un fármaco fibrinolítico o realizar una angioplastia primaria, según corresponda (2).

El segundo caso está referido a un paciente que presentó pancreatitis aguda, trastorno intracelular del calcio en células pancreáticas que son el camino final común de distintos estímulos etiopatogénicos que pueden decantar en modificaciones necroinflamatorias, con consecuencias multisistémicas y afectación en otros órganos ubicados en zonas más distantes. Este panorama puede generar diversidad de complicaciones en la condición del paciente por disfunción orgánica o infecciones (3).

Cabe mencionar que el páncreas es un órgano compuesto con funciones endocrinas y exocrinas. El páncreas endocrino, que posee menos del 5% del total de este órgano, es el encargado de originar las enzimas digestivas que incluyen

proteinasas, lipasas y amilasas que se encargan de metabolizar las proteínas, grasas y carbohidratos para ser absorbidos. Asimismo, alberga diversos tipos de células encargadas de secretar un diferente tipo de hormona cada una: células  $\alpha$  secretan glucagón, células  $\beta$  producen insulina, células  $\delta$  la somatostatina, células P el péptido polipancreático y células  $\epsilon$  la grelina (4).

En la última década la prevalencia de pancreatitis aguda se ha elevado significativamente, siendo algunas de las causas la obesidad, el elevado consumo de alcohol y la colelitiasis. El grupo etario más afectado es el que comprende a personas entre 40 y 60 años. (4).

Las etiologías más comunes de la pancreatitis aguda son el alcohol y la colelitiasis, que se encuentra presente en más del 50% de los casos. Por otra parte, la de menor incidencia es la pancreatitis producida por hipertrigliceridemia que se produce en un promedio de 9% de pacientes con pancreatitis aguda (4).

Es preciso señalar que la pancreatitis aguda usualmente se presenta como una situación de emergencia y en reiteradas oportunidades es necesario internar al paciente para tratar los síntomas e intentar darle pronta solución. Usualmente inicia con dolor severo y continuo en el abdomen y se produce de manera intempestiva y con expansión hasta la espalda. En 80% de pacientes con esta patología, se asocia con vómitos y en la evaluación física suele encontrarse dolor cuando se realiza la palpación epigástrica. A pesar de estos alcances, es importante tener cuidado al momento de diagnosticar, porque son poco precisas y los síntomas también podrían deber a otras enfermedades agudas como la perforación de úlcera péptica, colecistitis o infarto agudo de miocardio, por lo cual el diagnóstico debe ser diferencial (4).

Desde esta perspectiva, para diagnosticar pancreatitis aguda, es preciso considerar por lo menos dos de los criterios que se presentan a continuación: que inicie de forma súbita, intenso dolor abdominal, persistencia del dolor a nivel epigástrico, que se extienda hasta la espalda, elevación del nivel sérico de lipasa o amilasa hasta tres veces de su valor normal, hallazgos de signos característicos en la TAC o en resonancia magnética colecciones intraabdominales (4).

La pancreatitis puede darse de dos formas, edematosa intersticial que se caracteriza por el aumento del grosor difuso o localizado del páncreas y la segunda es la pancreatitis necrotizante que se desarrolla entre el 5 y 10% de los casos. En el 80% de personas afectadas por esta casuística se encuentra respuesta al tratamiento inicial realizado con fluidos intravenosos (IV), analgesia y suplemento de oxígeno, obteniendo el alta a lo sumo en una semana, existe un 20% que necesita de atención sostenida durante un lapso mayor a una semana.

En este contexto, para evaluar la severidad del caso, una herramienta muy útil es la clasificación de Atlanta. Así también, dentro de las herramientas más empleadas se halla el APACHE II, criterios de Ranson, BISAP y EWS. En un estudio realizado por Papachristou en 2010 se pudo corroborar que el BISAP tienen tanta precisión como el APACHE II y Ranson para el pronóstico y severidad de la pancreatitis aguda (4).

Para dar inicio al manejo y tratamiento de la pancreatitis aguda es requerido asumir diversas medidas, iniciando por la individualización del caso, de forma que se pueda controlar los fluidos, la pertinencia de la utilización de antibioticoterapia, la alimentación, el manejo del dolor, entre otros aspectos. Se debe tener en cuenta que este tipo de afección reporta una significativa fuga en los capilares sanguíneos que puede generar una reducción del nivel circulante efectivo, hemoconcentración o shock. De acuerdo con las guías del Colegio Americano de Gastroenterología recomienda que el paciente reciba administración de líquidos “agresiva”, es decir 250/500 mL/h entre las primeras 12 – 24 horas (3).

### **3.2 Rotación en Cirugía General**

En el caso uno de este rubro se observa una apendicitis aguda que se constituye en la patología quirúrgica abdominal con mayor incidencia a nivel global, además de ser la causa principal de intervención quirúrgica abdominal realizada en urgencias; cabe mencionar que no hay predominio por sexo masculino o femenino, aunque su frecuencia se da en personas con edades entre 20 y 30 años (5).

La apendicitis es definida como el proceso inflamatorio de apéndice cecal y sus efectos son la razón más habitual del dolor abdominal intenso. Se le puede clasificar en dos tipos: apendicitis simple, considerada como no complicada y la apendicitis complicada que involucra casos de apendicitis gangrenosa, abscesos apendiculares o flemones. Es imperante que el diagnóstico se realice de manera inmediata, porque cualquier retraso en el mismo puede necrosarse, perforarse y llevar a peritonitis localizada o generalizada, pasando del tipo 1 al tipo 2 (6).

Aquí es importante individualizar los casos que se presentan y detectar adecuadamente la sintomatología ya que puede variar pasando de cuadros leves a situaciones de sepsis y peritonitis generalizada. La apendicitis tiene un inicio típico de dolor en la parte central del abdomen, para migrar hacia el cuadrante en la zona inferior derecha, manifestando dolor al momento de palpar el área, náuseas, vómito y fiebre en grado bajo, si supera los 38.5°C puede significar que el apéndice se ha perforado u otro diagnóstico poco favorable. La enfermedad puede evolucionar entre 24 y 48 horas, pero podría haber variación hasta 5 o más días en pacientes que manifiestan masa apendicular. (6)

El Score de Alvarado para Apendicitis Aguda es el más utilizado para estos fines ya que considera los valores obtenidos en laboratorio y lo encontrado en el examen físico. Los puntajes fluctúan desde 1 hasta 10 y cuanto mayor puntaje el riesgo de apendicitis aguda es mayor. En el caso de puntajes menores a 4 es menor la probabilidad de apendicitis, por lo que se evitaría realizar estudio de imágenes, entre otras intervenciones. El puntaje que va entre 5 y 6 es de riesgo intermedio y cuando marca entre 7 y 10 el factor riesgo es alto.

Por otra parte, en un estudio que no es invasivo, encontramos el ultrasonido, el cual tampoco emplea radiación y cuenta con una sensibilidad que oscila entre 71 y 94% y una especificidad entre 81 y 98% en el caso de esta patología. Si bien es cierto este tipo de prueba es confiable en cuanto a la confirmación de apendicitis aguda, pero no al nivel de hacer exclusión del diagnóstico (6).

También se debe considerar que la apendicitis aguda es una patología que puede confundirse con otros diagnósticos que involucran dolor abdominal como la

enfermedad de Crohn, diverticulitis cecal, casos ginecológicos como el embarazo ectópico, ruptura de quiste ovárico, torsión ovárica, entre otros (6).

En el tratamiento encontramos al manejo quirúrgico, los cuales han generado diversas controversias con respecto al momento del procedimiento. De forma tradicional se ha señalado que la demora en realizar una apendicectomía podría generar una perforación y esto hace que la recomendación sea realizar la intervención quirúrgica lo más pronto. A pesar de ello, se han publicado investigaciones que argumentan que los resultados clínicos no se afectan por el tiempo en el que se realiza la cirugía que usualmente se efectúa dentro de las 12 primeras horas a partir del ingreso del paciente a la unidad de urgencias.

#### Manejo del dolor

El departamento de emergencias generalmente retrasa la aplicación de analgésicos a personas con dolor abdominal agudo para evitar que los síntomas se enmascaren y perjudique el diagnóstico (6).

Con respecto caso quirúrgico número dos se presenta un accidente cerebrovascular (ACV) que es definido como una afección neurológica grave que se produce por la pérdida repentina neurológica resultante de un daño a nivel vasos cerebrales. (7)

Como es sabido la enfermedad cerebrovascular o ictus, tiene un alto nivel de incidencia en la mortalidad global, especialmente en países desarrollados en los que se considera como la tercera causa de muerte, siendo superada solamente por enfermedades cardiovasculares y neoplasias malignas. De acuerdo con su clasificación pueden ser isquémicas o hemorrágicas pudiendo decantar en complicaciones severas a nivel cognitivo y la estabilidad corporal (7).

El ACV isquémico se produce cuando se corta el suministro sanguíneo en una o más zonas cerebrales de manera repentina. El cuadro es parecido al ataque cardíaco, la diferencia es que se produce en el cerebro y causa la falta de oxigenación en las células cerebrales y las neuronas que se alimentan de la arteria que se obstruyó. Generalmente, esto se produce debido a residuos celulares o un coágulo de sangre que bloquean algún vaso sanguíneo cerebral, provocando que se rompa y así impide el flujo normal de sangre, quitándole oxígeno, glucosa y

nutrientes al tejido y dejando de cumplir su función de nutrir al cerebro (7).

De acuerdo con el sitio del sangrado, los ACV hemorrágicos pueden clasificarse en tres: Hemorragia subaracnoidea también conocida como subdural e implica el rompimiento de un vaso en la zona superficial en el cerebro y el consecuente sangrado en el espacio existente entre cerebro y la capa aracnoidea. Hemorragia intracerebral o parenquimatosa provoca sangrado en el tejido cerebral. Hemorragia intraventricular que provoca el sangrado en la zona de los ventrículos o dentro de ellos; cabe mencionar que los ventrículos son las cámaras del cerebro que albergan el líquido cefalorraquídeo que baña tanto el cerebro como la médula espinal (8).

Es de suma importancia identificar las etiologías más usuales y los factores de riesgo de los accidentes cerebrales hemorrágicos, porque esto permite tomar acciones preventivas para minimizar la morbilidad y la mortalidad. En ese sentido, se debe considerar que los cuadros de hemorragia intracerebral son producidos por: Hipertensión arterial, la cual oscila entre 60 y 70% afectando los vasos perforantes, de ahí que reciba la denominación de hemorragia hipertensiva; otra causa es la angiopatía amiloide hereditaria de tipo autosómica dominante que es causada por múltiples hemorragias en pacientes jóvenes, provocando lesión subcortical en espacios cerebrales como la sustancia blanca lo cual tiene como efecto el deterioro cognitivo, finalmente tenemos los tumores de tipo maligno, coagulopatías, aneurismas micóticos, vasculitis, aneurisma congénito, infarto hemorrágico, malformaciones arteriovenosas, traumatismos y discrasia sanguínea, entre otras que son las etiologías menos frecuentes.

En suma, en su mayor parte, las hemorragias intracerebrales se producen sobre los núcleos base de los lóbulos cerebrales, tronco cerebral o cerebelo.

Las hemorragias subaracnoideas comienzan de forma aguda durante la realización de alguna actividad que genere esfuerzo y presenta síntomas como dolor intenso de cabeza, rigidez en la nuca, vómitos, conciencia alterada; también podrían presentarse casos de convulsión, déficit motor u obnubilación.

Por otra parte, se recomienda que aparte de los datos clínicos y de los factores de

riesgo vascular, se proceda a tomar una tomografía craneal, que ayude a la identificación y diferenciación entre lesiones isquémicas y hemorrágicas. Asimismo, es preciso señalar que tanto la tomografía como la resonancia magnética contribuyen a tomar decidir el tratamiento de forma rápida; otro beneficio radica en las posibilidades que brinda para realizar el seguimiento postoperatorio.

Tratamiento médico:

- Un aspecto esencial es el aseguramiento de la oxigenación y la ventilación del paciente.
- Se debe elevar la cabeza en unos 30°, administrar analgésicos para el dolor de cabeza y medicamentos antitérmicos. A todo ello, se debe sumar el reposo absoluto.
- La presión de perfusión cerebral ( $PPF = PIC - PA$ ) debe mantenerse de manera adecuada, ya que, si se eleva, la presión arterial también sube; en ese sentido, si la reducción de la presión arterial es significativa se generaría la isquemia.
- Labetalol: bolo 10-40 mg o por infusión continua de 2-8 miligramos/minuto, porque no cambian la PIC ni el FSC.
- Enalaprilato: 1,25 a 2,5 mg endovenoso.
- Se debe administrar manitol si existe sospecha de elevación aguda de la PIC.
- Para los trastornos de la coagulación, hay que tener en cuenta que mientras se realice el tratamiento fibrinolítico es necesaria la suspensión de la instilación de rt-PA si se tiene duda de hemorragia; asimismo se requiere de una Tomografía urgente y hacer un diagnóstico del estado de la coagulación.

Tratamiento quirúrgico:

- Colocar un monitor de presión intracraneal.
- Derivación ventricular
- Evacuar el hematoma

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

En la rotación ginecológica se maneja el caso de miomatosis uterina que son neoplasias benignas que típicamente se componen de un músculo liso y de

colágeno, germinan en el miometrio y suelen ser varios. En su evolución y desarrollo se encuentra influencia hormonal de la progesterona y los estrógenos. La incidencia general puede variar entre 20 y 35% en el caso de féminas en edad reproductiva, especialmente con edades superiores a los 30 años; sin embargo, van alcanzando niveles que oscilan entre 70 y 80% a medida que van pasando los años hasta que finaliza la edad reproductiva. El mecanismo preciso del origen no se conoce bien, pero se sabe que son los estrógenos los que estimulan ciertos aspectos del crecimiento miometrial, los que se encuentran aumentados en las células del músculo liso de los miomas. (9)

En la fisiopatología de fibromas uterinos se han podido identificar factores epigenéticos, citocinas, de crecimiento, genéticos y componentes de la membrana extracelular involucrados en la patogénesis de leiomiomas. En su evolución se han podido detectar diversos factores de crecimiento, entre ellos, la miostatina y la activina, la progesterona, los estrógenos con sus correspondientes receptores que desempeñan un rol decisivo en su desarrollo y crecimiento (10).

La clasificación de los miomas en el útero, en función a su localización son:

Submucosos, son aquellos que generan distorsión en la cavidad del útero; conociendo tres subtipos: el tipo 0: mioma pediculado sin extensión intramural, luego el tipo I: sésil con extensión intramural del mioma menor de 50% y por último el tipo II: sésil con extensión intramural de 50% o más.

El nivel de extensión intramural se puede evaluar mediante ultrasonido o a través de histeroscopia que permita la observación del ángulo entre el mioma y el endometrio.

Intramurales o intersticial, que son aquellos que no provocan distorsión en el útero y un porcentaje inferior al 50% sobresale al plano seroso del útero.

Subserosos, que sobresalen en más del 50% de la superficie serosa uterina, este puede ser pedunculado o sésil. (10)

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) clasifica los miomas en función a su ubicación.

Submucosas, FIGO tipos 0, 1, 2: son derivadas de las células miométricas, específicamente bajo el endometrio.

Intramurales, FIGO tipos 3, 4, 5: se desarrollan dentro de la pared del útero y se pueden ampliar suficientemente como para generar distorsión en la cavidad o en la superficie serosa.

Subserosos, FIGO tipo 6, 7: se producen en la superficie serosa del útero y llegan a tener una base amplia, pediculada o intraligamentarios.

Cervicales, FIGO tipo 8, que se encuentra en el cérvix uterino en lugar del cuerpo.

#### Manifestaciones clínicas

Se encuentra que entre 30 y 40% de miomas son asintomáticos, aunque esto también a depender de algunos factores como la localización, afectación del útero, tamaño, cantidad y edad del paciente. Las dificultades para realizar el diagnóstico se atribuyen a la variedad de las razones por las que vienen a consulta; sin embargo, la disminución de calidad de vida es un factor que debe tomarse en cuenta durante la valoración integral de la persona evaluada. (10)

Entre 30 y 70% de consultas de personas que tienen miomatosis tienen como principal motivo la variación en su menstruación. El peligro en este caso es la anemia debido al excesivo sangrado durante su periodo menstrual, lo cual se produce de forma crónica.

Debido a la ubicación del fibroma en la pelvis y su porcentaje de crecimiento se puede producir un efecto de masa que produce dolor en el abdomen, distensión abdominal, estreñimiento y la sintomatología urinaria como incontinencia, frecuencia, retención, los cuales pueden generar compresión de los uréteres y provocar hidronefrosis secundaria.

La dismenorrea y los cuadros de dolor en la pelvis de forma cíclica se asocian con miomatosis y se produce entre 61 y 63% de pacientes, con consecuencias negativas en las actividades diarias de la persona y en su calidad de vida. La repetición de dolor en la pelvis no cíclico fluctúa entre 20 y 42%, lo que muestra que las féminas que presentan miomatosis, aunque tengan dolor pélvico frecuente, la dismenorrea no se constituye como un marcador esencial en esta patología.

Asimismo, las pacientes con miomatosis tienden a presentar dispareunia que

aquellas que no la presentan. Los miomas que se localizan en el fondo uterino son los que se asocian con dispareunia profunda. Es poco usual que los fibromas generan dolor abdominal agudo debido a la torsión de un tumor pediculado o la degeneración de este. Este malestar se asocia usualmente con fiebre, dolor al momento de palpar del útero, signos peritoneales o leucocitosis. Los momentos de alivio espontáneo pueden durar días o algunas escasas semanas y responden a los antiinflamatorios no esteroides. El ultrasonido se emplea para diagnosticar de forma primaria de fibromas. La degeneración se sugiere al momento de escanear directamente el fibroma y esto general dolor al mismo tiempo. En las situaciones que no se halla claro el motivo del dolor, la resonancia magnética a nivel de pelvis es de gran utilidad para definir el diagnóstico de la degeneración (10).

Para diagnosticar se toma como base los hallazgos referidos al incremento en el tamaño uterino, al momento de la exploración bimanual se encuentran contornos irregulares con movilidad y/o un hallazgo en la ecografía. La valoración de lo previo y la relación del dolor al palpar son datos relevantes que orientan a la gravedad de la paciente. Si hay sospecha de miomas en mujeres con abundante sangrado, el estudio de la hemoglobina sérica ayudará a identificar el déficit de hierro. (10)

Dentro de los diversos fármacos con indicación previa al tratamiento quirúrgico; tenemos las progestinas, estrógenos, moduladores selectivos de los receptores de progesterona, agonistas de la hormona liberadora de gonadotrofinas (análogos GnRH), moduladores de los receptores esteroides (SERMs) y terapia androgénica.

El procedimiento quirúrgico es la principal terapéutica en el caso de miomatosis, mientras que la histerectomía es definitiva; sin embargo, también es cierto que hay tratamientos alternativos como la miomectomía por diferentes accesos: ablación endometrial, miólisis, embolización de las arterias uterinas y la cirugía con ultrasonido dirigido por resonancia magnética. Las indicaciones más resaltantes que llevan a cirugía son los síntomas asociados con el tamaño, abortos recurrentes, infertilidad, sangrado uterino anormal o infertilidad.

El caso ginecológico número 2 fue la preeclampsia severa; es preciso señalar que los trastornos hipertensivos que se producen durante el periodo de gestación

pueden afectar al menos un 10% de pacientes y albergan situaciones que pueden ir desde la hipertensión crónica hasta la eclampsia. En cuanto a la preeclampsia (PE) se puede mencionar que es una patología que afecta múltiples sistemas que se caracteriza por la presencia de daño en el endotelio que antecede al diagnóstico clínico y se presenta en un promedio de 3% de gestantes a nivel global, con una considerable morbimortalidad materna y no neonatal, especialmente porque se requiere de una finalización pretérmino de la gestación y su relación con el crecimiento intrauterino restringido (CIR). (11)

La preeclampsia se caracteriza por la disminución en la perfusión sistémica provocada por vasoespasmos y alterar y activar los sistemas de coagulación. Su ocurrencia se puede producir después de la semana veinte de gestación, también al momento del parto o en las dos semanas siguientes al parto.

Algunos de los criterios que se consideran para diagnosticar preeclampsia se pueden mencionar: embarazo superior a las 20 semanas, a excepción de las casuísticas de embarazo molar, también el aumento de la presión arterial mayor 140/90 mmHg en dos tomas con distancias de 6 horas, y la proteinuria mayor o igual a 300 mg/dl en 24 horas.

En cuanto a los criterios de severidad se hallan:

- Presión arterial aumentada a 160/110 mm Hg en al menos 2 tomas con al menos 4 horas diferencia, adicionando dos de los criterios a mencionar:
- Proteinuria superior a 5g en orina de 24 horas.
- Creatinina sérica en cantidades mayores a 1.2mg/dl.
- Dolor epigástrico o de hipocondrio derecho intenso y persistente.
- Oliguria inferior a 500ml en 24 horas.
- Trombocitopenia inferior a 100 mil.
- Variación en las pruebas de función hepática con resultados que aumentan el doble del valor normal.
- Alteraciones visuales que se caracterizan especialmente por fosfenos o la presencia de tinnitus o acufenos.
- Cefalea.

- Edema pulmonar

## Tratamiento

### a) Preeclampsia sin datos de severidad

- Ante la preeclampsia que no muestra datos de severidad la finalidad es mantener la presión sanguínea en valores cercanos a lo normal.
- Entre los tratamientos que se emplean para este fin se hallan: 250 a 500 mg de metildopa en dosis diarias, aunque se podría administrar dosis de hasta 2g por día, constituyéndose en un tratamiento de primera línea, otro fármaco a usar es el labetalol, el cual se puede administrar entre 100 a 400 mg, pero puede incrementarse hasta 1200 mg. diarios. Sin embargo, se deben evitar en pacientes que sufren de asma o insuficiencia cardíaca; así también en mujeres que se encuentran en labor de parto porque puede producirse bradicardia fetal y también tenemos al Nifedipino en dosis de 10 a 20mg hasta 180mg al día.

### b) Preeclampsia con datos de severidad

- La paciente debe ser hospitalizada y mantenerla con monitoreo cardíaco no invasivo, la posición recomendada es de decúbito lateral izquierdo.
- Realizar la canalización de las vías periféricas de grueso calibre y la colocación de la sonda Foley para realizar la cuantificación de la diuresis.

El tratamiento farmacológico considera el uso del nifedipino en dosis de 10mg cada 30 minutos hasta una dosis máxima de 50mg, también podemos usar la hidralazina con bolo inicial de 5mg IV con bolos de 5 a 10mg IV cada 20 minutos con una dosis máxima de 30mg, y otro fármaco puede ser el labetalol con dosis de 20mg IV seguido de 40 a 80mg cada 10 minutos hasta una dosis máxima de 220mg.

### c) Control de crisis convulsivas

- El sulfato de magnesio es utilizado como neuro protector y la dosis es de 4g diluidos en 250cc de solución glucosada a pasar en 20 minutos, mientras que la dosis para mantenimiento es de 1g IV por hora en infusión con solución glucosada al 5%.

- En aquellos casos en los que se determina la intoxicación por magnesio, el antídoto es 1g de gluconato de calcio en 100cc de solución fisiológica a pasar en 15 minutos.

#### d) Terminación del embarazo

Es necesario señalar que la única forma de curar la preeclampsia es el término del embarazo; los tratamientos que se brindan permiten que el embarazo llegue a una edad de gestación con feto viable.

Debe terminarse el embarazo con preeclampsia que evidencie criterios de severidad. (12)

### **3.4 Rotación en Pediatría**

Respecto a la rotación pediátrica el primer caso corresponde a la bronquiolitis, considerada como una infección respiratoria aguda que se produce en las vías respiratorias inferiores. Su ocurrencia se da con mayor frecuencia en niños menores de un año, además de alcanzar el 18% de las hospitalizaciones en el ámbito pediátrico (13)

Bronquiolitis es un término genérico que considera enfermedades inflamatorias de la pequeña vía aérea de calibre inferior a 2 mm, lo cual en ciertas ocasiones puede afectar al estroma del tejido conectivo del parénquima pulmonar que las rodea. La inflamación del epitelio bronquial y el proceso reparativo acompañante lleva a fibrosis, obstrucción, estenosis e incluso proliferación del tejido de granulación en las vías aéreas periféricas. A pesar de ser frecuente, la bronquiolitis no es específica, por lo cual se puede hallar la misma lesión en patologías como una infección, reacción a medicamentos, enfermedades del tejido conectivo, trasplante de órganos, además de formas idiopáticas (14).

Existen algunos criterios clínicos con el fin de dar una definición de bronquiolitis como lo son el primer episodio agudo de sibilancias en un niño menor de 24 meses, también la disnea respiratoria o la existencia de pródromos catarrales.

El virus respiratorio sincitial (VRS) es el que se detecta con mayor recurrencia en niños con bronquiolitis; pero también se encuentran rinovirus, adenovirus, bocavirus

(HBoV), metapneumovirus (hMPV), y, con menor frecuencia, la parainfluenza y la gripe.

Luego de la fase de incubación, el estado clínico comienza con síntomas en las vías respiratorias altas, tales como estornudos, rinorrea, tos, puede haber fiebre como no, pero cuando se da no es muy elevada. En un lapso que varía entre 1 y 4 días la tos se hace frecuente, aparece irritabilidad, se rechaza la alimentación, se produce taquipnea, disnea, al auscultar encontramos crepitantes y/o sibilantes, además de dificultad respiratoria. Cuando se realiza la exploración física se detecta que hay aumento del trabajo respiratorio, retracciones, aleteo, uso de músculos accesorios y taquipnea.

La determinación de la bronquiolitis es esencialmente clínica, sobre la base de la anamnesis y de la exploración física. No se suele requerir de pruebas complementarias salvo casos muy concretos.

En la anamnesis es esencial investigar los factores asociados al aumento de peligro de progresión a enfermedad severa. Es preciso explorar de forma completa por todo el cuerpo del paciente, con especial énfasis en la hidratación y los signos que alertan sobre dificultades respiratorias.

Algunos datos clínicos que denotan gravedad son el rechazo a la comida e intolerancia digestiva, letargia, historial de apnea, taquipnea para la edad, aleteo nasal, tiraje grave, presencia de quejido y cianosis.

Para tratar la bronquiolitis no se requiere de fármacos de manera rutinaria, normalmente se hace uso de medidas de soporte. La mayor parte de casos son leves, por lo cual se pueden manejar en la atención primaria y tratarse en casa. A pesar de ello, teniendo en cuenta que puede progresar a estados más complicados. Por tanto, los padres deben conocer las señales de gravedad y que conozcan las medidas que deben tomar durante el proceso (13).

El caso pediátrico número dos aborda la varicela, enfermedad exantemática sumamente contagiosa, puede diseminarse en ámbitos semicerrados como guarderías o escuelas. El contagio se da a nivel universal, pudiendo convertirse en endémica en ciudades desarrolladas y generar epidemias en lapsos de 2 a 3 años;

en el caso de países con climas templados su incidencia es estacional, elevándose al final de la estación de invierno y en primavera. En zonas tropicales la diseminación se ve afectada por las variaciones de calor, haciendo que en estos países esta enfermedad se presente en edades tardías (15).

La varicela es una enfermedad infecciosa provocada por el virus varicela zóster (VZV), que pertenece a la familia Herpesviridae, la cual incluye ocho tipos de virus. Este virus tiene en el ser humano al único reservorio y fuente de contagio, y su transmisión ocurre de dos formas: por vía aérea a través de las secreciones respiratorias de un paciente infectado, desde uno o dos días antes de la aparición de las erupciones cutáneas hasta cinco días posteriores de que se formen las vesículas; o mediante el contacto directo con el brote de varicela antes de que se forme la costra, dado que el líquido de las lesiones presenta una concentración alta del virus. La transmisión es especialmente fácil entre individuos infectados y aquellos que nunca han padecido varicela o que no han recibido la vacuna correspondiente (16).

En contraste con otras infecciones causadas por virus del grupo herpes, la primera infección por VZV suele presentarse con una clínica muy visible. En niños inmunocompetentes, las manifestaciones de la varicela incluyen un periodo de pródromo, que se presenta en aproximadamente la mitad de los casos, siendo más común en niños mayores y adultos. Este periodo se evidencia por el aumento de la temperatura, hiporexia, malestar general y faringitis. Entre 24 y 48 horas después, aparece un exantema vesicular y fiebre que oscila entre 37,8 y 39,4°C, con una duración de tres a cinco días. Las lesiones en el periodo inicial suelen localizarse en el cuero cabelludo, la cara y el tronco, extendiéndose posteriormente a las extremidades. El exantema, por lo general son pruriginosos y evoluciona a lo largo de la enfermedad. Inicialmente, se presenta como máculas que rápidamente se convierten en pápulas y luego en vesículas. La transformación de maculopápulas a vesículas ocurre en un lapso de horas a días. Estas lesiones pueden evolucionar a pústulas, que posteriormente se convierten en costras. Es característico de la varicela la presencia de estas lesiones en las distintas etapas de su desarrollo. (16)

La varicela no complicada se presenta en el hemograma, por lo general, con linfopenia y granulocitopenia.

El diagnóstico de varicela, en términos generales, no suele ser un reto clínico. La presencia del exantema característico y el historial epidemiológico de una exposición reciente, facilitan un diagnóstico oportuno. No obstante, existen métodos de laboratorio que permiten confirmar el diagnóstico, los cuales pueden ser muy valiosos en pacientes con manifestaciones atípicas, como aquellos que han sido vacunados o que están inmunocomprometidos.

Entre los exámenes que resultan útiles se encuentran:

- Reacción en cadena de la polimerasa (PCR), la cual es actualmente reconocida como el método más sensible y específico.
- Inmunofluorescencia con anticuerpos directos: Este método nos sirve para diagnosticar la infección por VZV de manera más económica y rápida en comparación con el cultivo viral. Es necesario obtener las muestras de lesiones vesiculares intactas.

El diagnóstico diferencial debe centrarse en otras infecciones virales. Ejemplos de esto incluyen la infección diseminada por el virus del herpes simple en pacientes con dermatitis atópica y las lesiones vesiculopapulosisas que a veces se presentan en infecciones por virus Coxsackie, Echovirus o en casos de sarampión atípico.

La varicela es una patología viral que, en la gran mayoría de los casos, se manifiesta de manera autolimitada y benigna. Debido a esto, su manejo suele ser conservador y sintomático; sin embargo, existen distintas indicaciones para considerar el uso de antivirales en pacientes que presenten esta enfermedad.

Entre las recomendaciones para el tratamiento sintomático ambulatorio se incluyen:

- Aislamiento, con la suspensión de asistencia a guarderías, jardines infantiles o colegios, además del reposo en función al estado general del paciente.
- Bañarlo diariamente con jabón líquido

- Conservar las uñas cortas y con limpieza constante.
- No aplicar ningún tipo de cobertura sobre las lesiones
- Analgesia con paracetamol y uso de clorfenamina para manejar el prurito.

El tratamiento antiviral resulta ser eficaz si se administra antes de que aparezca el exantema característico de la varicela, es decir, dentro de las 24 horas posteriores al inicio de la sintomatología. Esto implica un margen de tiempo limitado para indicar el uso de este fármaco, dado que el diagnóstico inicial no siempre es preciso. Los antivirales más comúnmente utilizados en el tratamiento de la varicela son el Aciclovir y el Valaciclovir.

El Aciclovir, al administrarse por vía oral, presenta una baja biodisponibilidad, logrando solo entre el 10% y el 20% de la concentración en sangre. Por esta razón, es indispensable lograr la administración de dosis elevadas con alta periodicidad a lo largo del día, recomendándose 80 mg/kg al día divididos en cuatro dosis para los niños y 800 mg cada seis horas para los adultos durante un periodo de cinco a siete días. En contraste, el Valaciclovir, que es una prodroga del Aciclovir, logra niveles sanguíneos más altos, con una biodisponibilidad del 54%. Entre los efectos adversos más comunes se encuentran el dolor de cabeza, las náuseas y la diarrea, mientras que la neurotoxicidad y la insuficiencia renal son complicaciones graves, aunque menos frecuentes.

Como dato adicional mencionamos que existe la introducción de la vacuna contra el virus de la varicela y esto ha contribuido a la reducción de la incidencia de esta patología. En Estados Unidos, tras implementar una dosis en el programa de vacunación, la incidencia se vio reducida en un 43%. Consecutivamente, con la administración de dos dosis, la reducción alcanzó el 72%. (16)

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

La experiencia médica durante el periodo del internado representa la etapa culminante en la formación profesional en los estudios de medicina humana. Su objetivo es poner en práctica los conocimientos que se adquirieron a lo largo de seis años de estudio y lograr el discernimiento profesional necesario para ejercer esta ocupación de manera eficaz en el sector salud a futuro.

Este año académico se inició con la rotación en el área de ginecología y obstetricia, centrándose en el cuidado de las pacientes con sus diversas patologías de la especialidad, así como en el manejo de gestantes con o sin complicaciones gestacionales, incluyendo la realización de partos y la participación de cesáreas, además de la vigilancia y cuidados a las puérperas durante su proceso de recuperación. La mayor parte de las pacientes acudieron a consulta por causas de emergencia, presentando sintomatologías alarmantes durante el embarazo. Muchas de ellas fueron hospitalizadas para un manejo y tratamiento más detallado y así evitar desenlaces graves. En algunos casos, se procedía a la culminación del embarazo mediante la vía más segura, según la recomendación del asistente especialista.

En la segunda rotación, se llevó a cabo la especialidad de pediatría, enfocándose en el diagnóstico y manejo de las distintas enfermedades en recién nacidos, niños y adolescentes. Las casuísticas de emergencia con alta complejidad o estado críticos eran derivadas a las unidades de cuidados intermedios o intensivos pediátricos, la rotación se empezó por la evaluación de casos muy particulares en emergencia asistida por especialistas para luego pasar al servicio de neonatología, donde se aprende el manejo completo del recién nacido.

Para la tercera rotación, se trabajó en el área de medicina interna, tanto en hospitalización y emergencia de adultos, donde se atendió para encontrar el diagnóstico y tratamiento adecuado en pacientes jóvenes, adultos y ancianos, poniéndole mayor énfasis a los que presentaban diversas comorbilidades o que presentaban polifarmacia. Debido a las características del hospital en el que se

realizó esta rotación, se atendieron patologías múltiples que fueron bastante enriquecedoras para mejorar nuestro conocimiento médico. La experiencia en medicina interna resultó de las más variables ya que se atendió distintas edades poblaciones y así logramos sintetizar de forma más exacta las diferentes patologías, sus formas diagnosticas, indicaciones y síntomas específicos, facilitando su manejo y tratamiento adecuado.

La última rotación se enfocó en la especialidad de cirugía general, donde la mayoría de los pacientes atendidos fueron jóvenes y adultos que acudieron por emergencia o consultorio externo. Las emergencias que acudían, por lo general eran intervenciones quirúrgicas inmediatas debido a la complejidad de los casos o las posibles complicaciones como por ejemplo una apendicitis, mientras tanto en consultorios se evaluaban pacientes para controles post operatorios o programar patologías quirúrgicas crónicas que requerían cirugía. Un aspecto fundamental de la especialidad fue el ayudar y observar múltiples cirugías, existiendo diferentes niveles de complejidad y duración; cabe resaltar también el manejo post operatorio que realizábamos de forma constante en hospitalización para que el paciente evite tener complicaciones.

La formación recibida durante el internado médico incluyó una serie de recomendaciones y exigencias académicas continuas proporcionadas por especialistas, residentes y licenciadas de enfermería de cada especialidad y área médica en el que se rotó como interno de medicina, lo que resultó en una experiencia muy reconfortante por el conocimiento adquirido, el trato recibido y la eficiencia lograda en el manejo de distintas patologías.

## CONCLUSIONES

1. El periodo del internado médico representa el año más significativo en la formación profesional en la carrera de medicina humana, ya que conlleva la adquisición de múltiples conocimientos médicos tanto en la teoría como en la habilidad práctica, los cuales fueron de excelente calidad.
2. El internado que se lleva a cabo en las sedes hospitalarias del MINSA se distingue por ofrecer una educación integral con unos extraordinarios docentes especialistas que nos motivan día a día a ser mejores.
3. La rotación en los centros de salud, como primer nivel de atención, durante el internado médico es de suma importancia para el manejo integral y conocimiento de los distintos niveles sociales que debe saber el estudiante de medicina.
4. La etapa del internado constituye el último periodo de pregrado que todo estudiante de medicina humana de cursar y así obtener la formación adecuada y mínima necesaria para su futuro ejercicio como médico cirujano.
5. El apoyo y la tutoría proporcionada por los especialistas, médicos residentes y otros profesionales de la salud en los hospitales donde se realiza el internado son fundamentales para el adecuado aprendizaje de conocimientos teóricos y prácticos y así ejercer las diversas funciones hospitalarias de manera óptima.
6. En el periodo del internado médico también se realizaron actividades académicas de las patologías más frecuentes, con una organización de tres exposiciones por semana, donde los temas eran individuales, además de exponer diversos casos clínicos particulares y estos involucraban tanto a residentes como asistentes del centro hospitalario; mientras tanto en el centro de salud, las exposiciones eran semanales e individuales de casos o artículos recientes con dirección a las patologías más vistas en la institución.
7. Las rotaciones por las distintas especialidades estuvieron enriquecidas por las diversas orientaciones académicas de los tutores de nuestra universidad, dándonos pautas e información muy valiosa para nuestro manejo y aprendizaje de las distintas patologías observadas.

## RECOMENDACIONES

1. Se recomienda mantener las prácticas médicas en el primer nivel de atención, de forma que los estudiantes de medicina puedan realizar la socialización acerca de la atención que se despliega en este ámbito sanitario y las labores que se asumen en este tipo de establecimientos.
2. Se considera pertinente incrementar el número de horas y meses en los que se efectúa el internado médico, considerando las normas legales anteriores al COVID 19, manteniendo las jornadas diarias de trabajo adicionando las distintas guardias tanto de día como de noche.
3. Se recomienda manejar mayor número de hospitales y centros de salud en las diversas organizaciones del estado como son MINSA, ESSALUD y Fuerzas Armadas, teniendo en cuenta que así mejoraremos los conocimientos y habilidades teóricas y prácticas de los futuros médicos de nuestra nación.
4. Se recomienda implementar en las sedes hospitalarias y centros de salud, con mayores recursos, equipos de protección y bioseguridad logrando así evitar incidentes laborales.
5. Se recomienda aumentar el número de actividades académicas en las rotaciones por el centro de salud, de tal manera que podamos enriquecer nuestra información de las diversas enfermedades que hay en la sociedad.

## FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1. MINISTERIO DE SALUD. Información institucional [Internet]. [www.gob.pe](http://www.gob.pe). 2017 [ citado 11 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/heves/institucional>
2. Steg G, James SK, Atar D, Badano LP, Blomstrom Lundqvist C, A. Borger M, et al. Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. *Revista Española de Cardiología* [Internet]. Enero 2013 [citado 20 de enero de 2024];66(1):53.e1–46. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-guia-practica-clinica-esc-el-articulo-S0300893212006355>
3. Álvarez-Aguilar PA, Dobles-Ramírez CT. Pancreatitis aguda: fisiopatología y manejo inicial. *Acta Médica Costarricense* [Internet]. Marzo 2019 [citado 20 de enero de 2024];61(1):13–21. Disponible en: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022019000100013](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022019000100013)
4. Garro Urbina V, Thuel Gutiérrez M. Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. *Revista Medica Sinergia* [Internet]. Julio 2020 [citado 20 de enero de 2024]; 5(7):e537. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms207j.pdf>
5. Hernández-Cortez J, León-Rendón JLD, Martínez-Luna MS, Guzmán-Ortiz JD, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. *Cirujano general* [Internet]. Marzo 2019 [citado 12 de abril de 2024] 1;41(1):33–8. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-00992019000100033](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033)
6. Garro Urbina V, Rojas Vázquez S, Thuel Gutiérrez M. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencias. *Revista Médica Sinergia* [Internet]. Diciembre 2019 [citado 12 de abril de 2024];4(12):e316–6. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/316/657>
7. Torres Criollo LM, Álvarez Lozano MI, Menéndez Chóez MG. EVENTO CEREBRO VASCULAR HEMORRAGICO. *Tesla Revista Científica* [Internet].

- Julio 2022 [citado 22 de marzo de 2024];1. Disponible en: <https://tesla.puertomaderoeditorial.com.ar/index.php/tesla/article/view/57/53>
8. National Institute of Neurological Disorders and Stroke, National Institutes of Health, Department of Health and Human Services. Accidente cerebrovascular [Internet]. NINDS.NIH.GOV. Enero 2021 [citado 22 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://catalog.ninds.nih.gov/sites/default/files/publications/accidente-cerebrovascular.pdf>
  9. Grilli M. Miomatosis uterina [Internet]. Zencich D, Mejías C, Macció J, editors. SEDICI. Diciembre 2022 [citado 15 de enero de 2024]. Disponible en: [https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/147699/Documento\\_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/147699/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  10. Hernández-Valencia M, Valerio-Castro E, Tercero-Valdez-Zúñiga CL, Barrón-Vallejo J, Luna-Rojas RM. Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. Ginecología y obstetricia de México [Internet]. Septiembre 2017 [citado 15 de enero de 2024];85(9):611–33. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412017000900611](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000900611)
  11. Sociedad Española De Ginecología Y Obstetricia. Guía de Asistencia Práctica - Trastornos hipertensivos en la gestación [Internet]. SEGO.ES. 2020 [citado 25 de septiembre de 2023] p. 244–72. Disponible en: <https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n4/GAP-Trastornos%20hipertensivos%20gestacion.pdf>
  12. Herrera K. Preeclampsia. REVISTA MEDICA SINERGIA [Internet]. Marzo 2018 [citado 25 de Septiembre de 2023];3(3):8–12. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms183b.pdf>
  13. García García L. BRONQUIOLITIS AGUDA VIRAL [Internet]. Korta Murua J, Callejón Callejón A, editors. AEPED.ES. NEUMOPED; 2017 [citado 28 de Noviembre de 2023]. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06\\_bronquiolitis\\_aguda\\_viral\\_0.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06_bronquiolitis_aguda_viral_0.pdf)
  14. Ayerbe García R, Fernández De Córdoba Gamero J, Muñoz Zara P, Ignacio Barrios VM. BRONQUIOLITIS [Internet]. NEUMOSUR.NET. Abril 2019 [citado 28 de Noviembre de 2023]. Disponible en:

[https://www.neumosur.net/files/publicaciones/ebook/41-BRONQUIOLITIS-Neumologia-3\\_ed.pdf](https://www.neumosur.net/files/publicaciones/ebook/41-BRONQUIOLITIS-Neumologia-3_ed.pdf)

15. Asociación Española de Pediatría. VARICELA [Internet]. AEPED.ES. Octubre 2005 [citado 28 de Noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/varicela.pdf>
16. Acuña Dra M. Revisión bibliográfica: Varicela [Internet]. Revista pediatría. Diciembre 2016 [citado 28 de Noviembre de 2023]. Disponible en: [https://www.revistapediatria.cl/volumenes/2013/vol10num3/pdf/REVISION\\_VARICELA.pdf](https://www.revistapediatria.cl/volumenes/2013/vol10num3/pdf/REVISION_VARICELA.pdf)