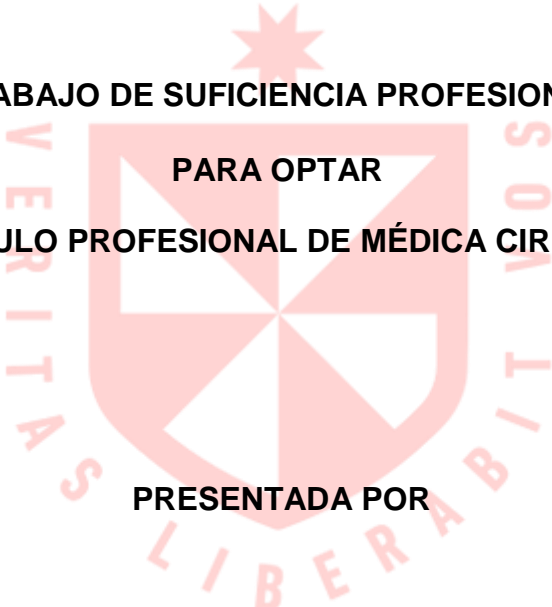


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL  
NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA, EN EL PERIODO FEBRERO-  
DICIEMBRE DEL 2024

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL  
PARA OPTAR  
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA  
PRESENTADA POR  
SALMA ESTHEFFANY PEJERREY DIOSCRIS



ASESOR  
LUIS DANIEL MARES CHAVARRI

LIMA – PERÚ

2025



**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**

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL  
NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA, EN EL PERIODO FEBRERO-  
DICIEMBRE DEL 2024**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA**

**PRESENTADA POR**

**SALMA ESTHEFFANY PEJERREY DIOSCRIS**

**ASESOR**

**MTRO. LUIS DANIEL MARES CHAVARRI**

**LIMA, PERÚ**

**2025**

## **JURADO EVALUADOR**

### **Presidente**

Dr. ALBERTO ALCIBIADES SALAZAR GRANARA

### **Miembros**

Dra. ANA LUCIA TACUNA CALDERON

Dr. JUAN JESÚS HUACCHO ROJAS

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a mi familia por su apoyo incondicional. Gran parte de mis logros son gracias a ustedes, quienes siempre me alentaron a seguir adelante y alcanzar mis objetivos.

## **AGRADECIMIENTOS**

Primeramente, agradezco a Dios por darme la fortaleza para culminar este Trabajo de Suficiencia Profesional. A mi familia, por su apoyo incondicional y motivación constante. A mis docentes y mentores, por su enseñanza y guía en mi formación profesional. A mis compañeros y colegas, por compartir conocimientos y experiencias valiosas.

## ÍNDICE

JURADO EVALUADOR.....	ii
DEDICATORIA .....	iii
AGRADECIMIENTOS .....	iv
ÍNDICE .....	v
RESUMEN .....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCIÓN .....	ix
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL .....	10
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA .....	28
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL.....	32
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA.....	47
V. CONCLUSIONES .....	49
V.I RECOMENDACIONES.....	50
FUENTES DE INFORMACIÓN .....	51

## RESUMEN

El internado médico, llevado a cabo entre el 1 de febrero y el 31 de diciembre de 2024 en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, representó una etapa clave en la formación de un médico cirujano. Durante este periodo, la rotación por las especialidades de Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Cirugía permitió el desarrollo de habilidades clínicas y quirúrgicas esenciales. La alta demanda asistencial y la complejidad de los casos atendidos en este hospital contribuyeron al fortalecimiento de las competencias diagnósticas y terapéuticas, además de fomentar la toma de decisiones en situaciones de alta presión y la integración en equipos multidisciplinarios dentro de un entorno hospitalario exigente.

**Objetivo:** Este trabajo tiene como propósito describir y analizar ocho casos clínicos representativos que reflejan los aprendizajes adquiridos durante el internado. A través del estudio de estos casos, se busca evidenciar la aplicación práctica de los conocimientos teóricos, destacando la importancia del desarrollo de habilidades interpersonales y del trabajo colaborativo en entornos clínicos.

**Metodología:** Este trabajo se basa en el análisis de ocho casos clínicos seleccionados durante el internado médico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. La recopilación de datos se realizó a partir de historias clínicas, observación directa y participación en la atención de los pacientes. Cada caso fue evaluado considerando la presentación clínica, el enfoque diagnóstico y terapéutico, así como los desafíos enfrentados en el manejo hospitalario. Además, se realizó una revisión de la literatura médica para contextualizar y comparar los hallazgos con la evidencia actual.

**Conclusiones:** Se resalta la importancia de una supervisión efectiva, la rotación por diversas especialidades y la implementación de estrategias innovadoras para optimizar la atención en un hospital de alta complejidad. Asimismo, este trabajo enfatiza la relevancia de la formación ética, el profesionalismo y el bienestar emocional en el ejercicio de la medicina.

**Palabras claves:** El internado médico, casos clínicos, hospitalización, diagnóstico, tratamiento, supervisión médica.



## **ABSTRACT**

The medical internship, carried out from February 1 to December 31, 2024, at the Hospital Nacional Arzobispo Loayza, represented a key stage in the training of a surgeon. During this period, rotations in the specialties of Pediatrics, Gynecology and Obstetrics, Internal Medicine, and General Surgery allowed for the development of essential clinical and surgical skills. The high demand for medical care and the complexity of the cases treated at this hospital contributed to strengthening diagnostic and therapeutic competencies, as well as fostering decision-making in high-pressure situations and integration into multidisciplinary teams within a demanding hospital environment.

**Objective:** This study aims to describe and analyze eight representative clinical cases that reflect the knowledge acquired during the internship. By reviewing these cases, the objective is to demonstrate the practical application of theoretical knowledge, highlighting the importance of interpersonal skills development and collaborative work in clinical settings.

**Methodology:** This study is based on the analysis of eight clinical cases selected during the medical internship at Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Data collection was conducted through medical records, direct observation, and participation in patient care. Each case was evaluated considering clinical presentation, diagnostic and therapeutic approach, as well as the challenges faced in hospital management. Additionally, a review of medical literature was carried out to contextualize and compare the findings with current evidence.

**Conclusions:** The importance of effective supervision, rotations in various specialties, and the implementation of innovative strategies to optimize care in a high-complexity hospital is highlighted. Furthermore, this study emphasizes the relevance of ethical training, professionalism, and emotional well-being in medical practice.

**Keywords:** Medical internship, clinical cases, hospitalization, diagnosis, treatment, medical supervision.

## Detalles del documento

Identificador de la entrega  
trn:oid::29427-442234621

Fecha de entrega  
24 mar 2025, 4:49 p.m. GMT-5

Fecha de descarga  
24 mar 2025, 4:52 p.m. GMT-5

Nombre de archivo  
TSP\_PEJERREY SALMA 24-3-25.docx

Tamaño de archivo  
115.8 KB

51 Páginas

11.333 Palabras

70.251 Caracteres



## 13% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

### Filtered from the Report

- Bibliography
- Quoted Text
- Cited Text
- Small Matches (less than 10 words)
- Submitted works

### Top Sources

- 13% Internet sources
- 2% Publications
- 0% Submitted works (Student Papers)

### Integrity Flags

#### 0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.

## INTRODUCCIÓN

El internado médico representa la fase final en la formación académica de los estudiantes de Medicina Humana, brindando un espacio de aprendizaje práctico donde pueden consolidar sus conocimientos teóricos y desarrollar competencias esenciales en el manejo clínico. Durante este periodo, los internos participan de manera activa en la atención de pacientes, enfrentando diversos escenarios que requieren toma de decisiones fundamentada, razonamiento clínico y colaboración con equipos multidisciplinarios.

El Hospital Nacional Arzobispo Loayza, como institución de referencia en el país, ofrece un entorno de alta exigencia donde se atienden patologías complejas y se maneja un gran volumen de pacientes. A lo largo del internado, se llevaron a cabo rotaciones en especialidades fundamentales como Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Cirugía, lo que permitió a los internos adquirir experiencia en distintos niveles de atención, desde consultas externas hasta hospitalización y emergencias.

Dado que el contexto hospitalario se caracteriza por una elevada demanda asistencial y recursos limitados, el internado médico no solo permite aplicar conocimientos científicos, sino también desarrollar habilidades comunicativas, adaptabilidad y resiliencia ante situaciones de alta presión. Además, el contacto directo con pacientes y profesionales de la salud favorece el aprendizaje basado en la práctica y fortalece la importancia del trabajo colaborativo en la toma de decisiones clínicas.

Este trabajo analiza ocho casos clínicos del internado, seleccionados por su relevancia y complejidad, resaltando el diagnóstico, tratamiento y principios éticos. Además, busca reflexionar sobre los aprendizajes y desafíos enfrentados, contribuyendo a la formación de futuros médicos y a una atención de calidad y humanizada.

## **CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL**

### **II.1 Rotación en Medicina interna**

#### **Caso clínico N°1**

#### **Pancreatitis aguda de origen mixto en adulto joven con hipertrigliceridemia y consumo agudo de alcohol: enfoque multidisciplinario en el manejo inicial y prevención de recurrencias**

**Palabras clave:** Pancreatitis aguda, hipertrigliceridemia, alcohol, manejo conservador, prevención secundaria.

#### **Resumen:**

Paciente varón de 45 años, con antecedentes de dislipidemia y consumo ocasional de alcohol, acude por dolor abdominal epigástrico severo irradiado a la espalda, asociado a vómitos biliosos. Los exámenes revelan elevación significativa de amilasa, lipasa y triglicéridos. La tomografía computarizada confirma pancreatitis edematosa sin necrosis ni colecciones. Se realiza manejo conservador con hidratación, analgesia, ayuno, control de triglicéridos y seguimiento multidisciplinario, con buena evolución clínica.

#### **Introducción:**

La pancreatitis aguda es una enfermedad inflamatoria del páncreas que puede originarse por causas diversas, siendo las más frecuentes la litiasis biliar y el consumo de alcohol. La hipertrigliceridemia constituye una causa menos frecuente pero importante, especialmente cuando los niveles superan los 500 mg/dL. La asociación de múltiples factores desencadenantes, como dislipidemia mal controlada y consumo agudo de alcohol, requiere un enfoque integral para evitar recurrencias.

#### **Antecedentes del paciente:**

Varón de 45 años, residente en Lima. Antecedentes de dislipidemia con pobre adherencia al tratamiento, sobrepeso (IMC 29 kg/m<sup>2</sup>) y consumo ocasional de

alcohol. Antecedentes familiares de coleditiasis (padre) e hipertensión arterial (madre).

**Descripción cronológica del caso:**

- 12 horas previas: Dolor abdominal epigástrico de inicio súbito tras ingesta copiosa y consumo de alcohol.
- Asociado a náuseas y vómitos biliosos persistentes.
- Acude a emergencia por dolor intenso e intolerancia oral.
- Se realizan exámenes de laboratorio y se inicia manejo sintomático.

**Hallazgos clínicos relevantes:**

- Facies de dolor, taquicardia y leve fiebre (37.8 °C).
- Dolor epigástrico con defensa leve, sin signos de irritación peritoneal.
- Enzimas pancreáticas elevadas: Amilasa 620 U/L, lipasa 1200 U/L.
- Triglicéridos 580 mg/dL; PCR elevada (18 mg/L); leucocitosis (14,500/ $\mu$ L).
- Ecografía: Páncreas aumentado de tamaño e hipoecoico; vesícula sin litiasis.
- TAC abdominal contrastada: Pancreatitis edematosa sin complicaciones.

**Evaluación diagnóstica:**

- Se establece diagnóstico de pancreatitis aguda leve según criterios de Atlanta modificados.
- Etiología mixta: Hipertrigliceridemia y alcohol.

**Intervención terapéutica:**

- Ayuno y reposo pancreático (NPO).
- Hidratación con Ringer lactato a 3 mL/kg/h.

- Analgesia con tramadol IV 50 mg cada 8 h prn.
- Antieméticos: ondansetrón IV 8 mg cada 8 h prn.
- Monitoreo de signos vitales, balance hídrico y laboratorio seriado.
- Evaluación por gastroenterología y nutrición.

#### **Seguimiento y resultados:**

- A las 24 h: Mejoría clínica y disminución progresiva del dolor.
- A las 72 h: Se reinicia dieta líquida con buena tolerancia.
- Alta hospitalaria al día 5: Dieta baja en grasas, restricción de alcohol.
- Seguimiento ambulatorio con gastroenterología y nutrición para control de dislipidemia.

#### **Perspectiva del paciente:**

El paciente refirió sorpresa y preocupación por la intensidad del dolor y la posibilidad de una complicación pancreática grave. Sin embargo, se mostró satisfecho por la atención recibida, el alivio sintomático y la claridad en las recomendaciones brindadas para prevenir nuevos episodios.

#### **Consentimiento informado:**

Se obtuvo el consentimiento verbal y escrito del paciente para la publicación de este caso, garantizando su anonimato y confidencialidad.

**Diagnóstico final:** Pancreatitis aguda leve de origen mixto: hipertrigliceridemia y consumo de alcohol.

#### **Caso clínico N°2**

**Neumonía intrahospitalaria en paciente con accidente cerebrovascular reciente: diagnóstico y abordaje terapéutico personalizado**

**Palabras clave:** Neumonía intrahospitalaria, Klebsiella pneumoniae, antibioticoterapia dirigida, accidente cerebrovascular, complicación infecciosa.

### **Resumen:**

Paciente varón de 68 años, hospitalizado por accidente cerebrovascular isquémico, desarrolla cuadro febril con deterioro respiratorio y hallazgos clínico-radiológicos compatibles con neumonía intrahospitalaria. Se inicia manejo empírico con piperacilina/tazobactam y, tras aislamiento de Klebsiella pneumoniae sensible a carbapenémicos, se ajusta a meropenem. El paciente evoluciona favorablemente con resolución de la infección y continuación de rehabilitación neurológica.

### **Introducción**

La neumonía intrahospitalaria (NIH) constituye una de las principales infecciones asociadas a la atención en salud, especialmente en pacientes con factores de riesgo como inmovilidad prolongada, sonda nasogástrica y compromiso neurológico. Su diagnóstico y manejo oportuno son fundamentales para reducir la morbilidad y mortalidad hospitalaria.

### **Antecedentes del paciente**

Varón de 68 años, residente en Lima, con diagnóstico reciente de accidente cerebrovascular isquémico, hospitalizado desde hace 10 días. Comórbidos relevantes incluyen hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Sin antecedentes de tabaquismo ni enfermedades respiratorias crónicas.

### **Descripción cronológica del caso**

- Día 1–10 de hospitalización: manejo post-ACV, alimentación por sonda nasogástrica, movilidad reducida.
- Día 10: inicio de fiebre (38.5°C), aumento de secreciones bronquiales, desaturación (89%), tos purulenta.
- Evaluación clínica y radiológica: infiltrado en base derecha, leucocitosis y PCR elevada.

- Inicio de manejo empírico con piperacilina/tazobactam.
- Día 12: persistencia de síntomas, cultivo positivo para *Klebsiella pneumoniae*.
- Ajuste de tratamiento a meropenem IV.
- Día 16: mejoría clínica y radiológica; planificación de alta con rehabilitación.

### **Hallazgos clínicos relevantes**

- Signos vitales alterados: fiebre, taquicardia, desaturación.
- Murmullo vesicular disminuido y crepitantes bibasales.
- Leucocitosis con neutrofilia y PCR elevada.
- Radiografía con infiltrado alveolar en base derecha.

### **Evaluación diagnóstica**

- Hemograma, PCR, gasometría arterial.
- Radiografía de tórax.
- Cultivo de esputo: *Klebsiella pneumoniae*.

### **Intervención terapéutica**

- Oxigenoterapia con cánula nasal.
- Antibióticos: piperacilina/tazobactam inicialmente; meropenem tras resultado del cultivo.
- Fisioterapia respiratoria y aspiración de secreciones.

### **Evolución clínica y seguimiento**

- Mejoría de parámetros clínicos e inflamatorios.
- Radiografía con disminución del infiltrado.



- Plan de completar 10 días de tratamiento antibiótico y continuar rehabilitación post-ACV.

### **Perspectiva del paciente**

El paciente y su familia manifestaron preocupación inicial por el deterioro respiratorio durante la hospitalización. La explicación clara del diagnóstico y tratamiento, así como la mejora clínica evidente, generaron tranquilidad y reforzaron la confianza en el equipo médico.

### **Consentimiento informado**

Se obtuvo consentimiento verbal y escrito del paciente y familiares para la publicación de este caso, respetando la confidencialidad y anonimato del mismo.

**Diagnóstico final:** Neumonía intrahospitalaria por *Klebsiella pneumoniae* en paciente post-ACV.

## **II.3 Rotación en Pediatría**

### **Caso clínico N°1**

#### **Crisis asmática moderada desencadenada por alérgenos en paciente pediátrico con diagnóstico previo de asma bronquial**

**Palabras clave:** Asma bronquial, crisis asmática moderada, pediatría, salbutamol, metilprednisolona, control del asma

**Resumen:** Niño de 7 años con diagnóstico previo de asma bronquial, acude a emergencia por dificultad respiratoria de inicio súbito tras exposición a polvo y cambios de temperatura. Presenta sibilancias, disnea y saturación de oxígeno disminuida. Se establece diagnóstico de crisis asmática moderada. El manejo incluye oxigenoterapia, broncodilatadores en nebulización, corticoides sistémicos y educación sobre control del asma. Evoluciona favorablemente y se programa seguimiento por neumología.

**Introducción:** El asma bronquial es una enfermedad inflamatoria crónica de la vía aérea, frecuente en la edad pediátrica. Las crisis asmáticas pueden ser

desencadenadas por múltiples factores, incluyendo alérgenos ambientales y cambios de temperatura. Su abordaje oportuno y adecuado permite evitar complicaciones graves.

**Antecedentes del paciente:** Niño de 7 años, procedente de Lima. Antecedente de asma bronquial desde los 3 años, con tratamiento intermitente. No hospitalizaciones previas. Antecedentes familiares de atopia. Vacunas completas según edad.

**Descripción cronológica del caso:**

- Hace 8 horas: inicio de tos seca, disnea progresiva tras exposición a polvo y cambios térmicos.
- Se administra salbutamol inhalado sin respuesta.
- Aparecen sibilancias audibles y dificultad para hablar.
- Acude a emergencia por empeoramiento de síntomas.

**Hallazgos clínicos relevantes:**

- Saturación de oxígeno: 91% en aire ambiente.
- Tiraje intercostal, uso de músculos accesorios.
- Sibilancias bilaterales generalizadas.
- Gasometría: PaO<sub>2</sub> 65 mmHg.
- Radiografía de tórax: hiperinsuflación pulmonar.
- Espirometría: patrón obstructivo con respuesta a broncodilatador.

**Evaluación diagnóstica:** Se establece el diagnóstico de crisis asmática moderada desencadenada por exposición a alérgenos.

**Intervención terapéutica:**

- Oxigenoterapia con mascarilla con reservorio.

- Nebulizaciones con salbutamol e ipratropio cada 20 minutos durante la primera hora.
- Corticoides sistémicos IV (metilprednisolona 1 mg/kg cada 12 horas).
- Monitoreo continuo.

### **Evolución clínica:**

Mejoría progresiva tras primeras nebulizaciones. Estabilidad clínica alcanzada a las 6 horas. Hospitalización breve para manejo y optimización del tratamiento. Alta con plan de seguimiento y educación materna.

### **Perspectiva del paciente:**

La madre del paciente manifestó su preocupación por la intensidad de la crisis actual en comparación con episodios previos. Agradeció la atención recibida y valoró la importancia de la educación brindada sobre el manejo adecuado del asma y la prevención de futuras crisis.

### **Consentimiento informado:**

Se obtuvo consentimiento verbal y escrito de la madre del paciente para la presentación y publicación de este caso clínico.

**Diagnóstico final:** Crisis asmática moderada desencadenada por exposición a alérgenos en paciente pediátrico con antecedente de asma bronquial.

### **Caso clínico N°2**

**Reporte de caso: Gastroenteritis aguda por Salmonella con deshidratación severa en paciente pediátrico**

**Palabras clave:** gastroenteritis infecciosa, Salmonella, diarrea aguda, pediatría, deshidratación severa

### **Resumen:**

Niño de 4 años, previamente sano, acude por cuadro de diarrea líquida, vómitos y fiebre de tres días de evolución tras consumo de alimentos ambulatorios.

Presenta signos clínicos de deshidratación severa. Los estudios revelan coprocultivo positivo para *Salmonella spp.* Se hospitaliza para rehidratación intravenosa, monitoreo y antibioterapia dirigida. Evoluciona favorablemente y se da de alta tras cinco días de manejo multidisciplinario.

### **Introducción:**

La gastroenteritis aguda es una de las principales causas de morbilidad pediátrica a nivel mundial. La *Salmonella spp* representa un agente bacteriano frecuente en niños menores de cinco años, especialmente en contextos de manipulación inadecuada de alimentos. El manejo oportuno de la deshidratación y la identificación del agente causal son esenciales para reducir complicaciones.

### **Antecedentes del paciente:**

Paciente masculino de 4 años, sin antecedentes patológicos relevantes ni hospitalizaciones previas. Esquema de vacunación completo. Madre refiere que el hermano mayor tuvo cuadro similar en días recientes.

### **Descripción cronológica:**

- Día -3: Ingesta de alimentos ambulatorios. Inicio de diarrea líquida y vómitos. Fiebre de hasta 38.5 °C.
- Día -1: Disminución de ingesta de líquidos y reducción de diuresis.
- Día 0: Consulta en emergencia. Evaluación inicial indica deshidratación severa. Se decide hospitalización.
- Día 1: Inicio de rehidratación IV, paracetamol, zinc y antibioticoterapia empírica. Coprocultivo positivo para *Salmonella spp.*
- Días 2-5: Mejoría progresiva. Cambio a ciprofloxacino VO. Alta médica con seguimiento ambulatorio.

### **Hallazgos clínicos relevantes:**

Paciente febril, decaído, con mucosas secas y llenado capilar prolongado. Signos vitales estables, excepto taquicardia leve. Abdomen sin defensa ni signos peritoneales.

#### **Evaluación diagnóstica:**

- Hemograma con leucocitosis leve y predominio de neutrófilos.
- Electrolitos: hiponatremia leve, hipopotasemia leve.
- Coprocultivo: *Salmonella spp.*
- Hemocultivo: negativo.

#### **Intervención terapéutica:**

- Rehidratación IV con solución isotónica.
- Paracetamol VO.
- Zinc VO por 10 días.
- Ciprofloxacino IV ajustado a VO tras estabilización.
- Dieta astringente progresiva.
- Monitoreo de electrolitos y signos vitales.

#### **Evolución:**

Mejoría clínica sostenida desde el segundo día de hospitalización. Tolerancia oral adecuada. Se completan 5 días de hospitalización y se da de alta con indicaciones precisas y seguimiento por consultorio.

#### **Perspectiva del paciente:**

La madre manifestó preocupación inicial por la deshidratación. Se mostró agradecida por la información brindada, participó activamente en el cuidado y valoró la atención recibida.

#### **Consentimiento informado:**

Se obtuvo consentimiento verbal de la madre para la redacción del presente caso clínico.

### **Diagnóstico final:**

Gastroenteritis aguda por *Salmonella spp* con deshidratación severa en niño de 4 años.

## **II.4 Ginecología y obstetricia**

### **Caso clínico N°1**

#### **Ruptura prematura de membranas a las 35 semanas + 4 días: abordaje expectante y resultado perinatal favorable**

**Palabras clave:** ruptura prematura de membranas, gestación tardía, maduración pulmonar, antibioticoterapia profiláctica, parto vaginal.

### **Resumen**

Paciente femenina de 29 años, gestante de 35 semanas + 4 días, acude al HNAL por salida de líquido transvaginal persistente sin dinámica uterina. Se confirma el diagnóstico de ruptura prematura de membranas (RPM) mediante prueba de nitrazina y cristalografía. El abordaje incluyó antibioticoterapia profiláctica, maduración pulmonar y monitoreo materno-fetal. La paciente evolucionó favorablemente y culminó su embarazo por parto vaginal espontáneo sin complicaciones infecciosas. Este caso resalta la importancia de un manejo expectante individualizado y vigilancia estricta en la RPM en gestaciones cercanas al término.

### **Introducción**

La ruptura prematura de membranas (RPM) en embarazos de 34-36 semanas representa un dilema clínico sobre la inducción inmediata del parto versus el manejo expectante. Esta condición puede complicarse con infección intraamniótica o compromiso fetal, por lo que la vigilancia materno-fetal rigurosa es esencial.

### **Antecedentes del paciente:**

- Edad: 29 años
- Gesta 2, para 1
- Parto vaginal previo sin complicaciones
- Control prenatal adecuado
- IMC: 26 kg/m<sup>2</sup>
- Sin infecciones durante la gestación actual
- Sin alergias conocidas
- Madre hipertensa y hermana con antecedente de parto prematuro

### **Descripción cronológica del caso:**

- **Inicio de síntomas:** 5 horas antes del ingreso, salida de líquido transvaginal claro, persistente
- **Ingreso hospitalario:** Evaluación sin dinámica uterina
- **Día 1–2:** Manejo expectante con vigilancia clínica, antibioticoterapia profiláctica y maduración pulmonar
- **Día 3:** Inicio de dinámica uterina espontánea, evolución progresiva del trabajo de parto
- **Día 4:** Parto vaginal sin complicaciones, RN con buena adaptación

### **Hallazgos clínicos relevantes:**

- Sin fiebre ni signos de infección
- Salida de líquido claro por canal cervical
- Cérvix con dilatación de 1 cm y borramiento de 30%
- Oligoamnios leve (ILA: 4 cm)
- FCF: 145 lpm
- Tacto vaginal sin bolsa palpable
- Sin hipertonía ni sensibilidad uterina

### **Evaluación diagnóstica**

- Prueba de nitrazina y cristalografía positivas
- Ecografía: Feto en presentación cefálica, normoinserción placentaria
- PCR normal

- Hemograma sin leucocitosis significativa
- Cultivos en proceso

### **Intervención terapéutica**

- Hospitalización en unidad de alto riesgo
- Ampicilina IV + eritromicina oral
- Betametasona IM para maduración pulmonar
- Monitoreo fetal continuo
- Evaluación diaria para signos de infección o sufrimiento fetal

### **Evolución y seguimiento**

- Estabilidad clínica materna y fetal durante vigilancia
- Dinámica uterina espontánea al tercer día
- Parto vaginal sin complicaciones
- Alta conjunta de madre e hijo tras 72 horas

### **Perspectiva del paciente**

La paciente refirió ansiedad inicial por el riesgo de parto prematuro, pero se mostró agradecida por el seguimiento constante y la información brindada durante el proceso. Destacó la importancia del acompañamiento empático del personal médico en momentos de incertidumbre obstétrica.

### **Consentimiento informado**

Se obtuvo consentimiento verbal y escrito de la paciente para la publicación de este caso, garantizando la confidencialidad de su identidad y datos clínicos.

### **Diagnóstico final**



- Ruptura prematura de membranas en gestación de 35 semanas + 4 días

## **Caso clínico N°2**

### **Preeclampsia con criterios de severidad en gestante de 34 semanas + 2 días**

**Palabras clave:** Preeclampsia severa, sulfato de magnesio, nifedipino, maduración pulmonar fetal, síndrome HELLP, cesárea urgente.

#### **Resumen:**

Mujer de 32 años, primigesta de 34 semanas + 2 días, acude a emergencia por cefalea intensa, escotomas y dolor epigástrico. Presenta hipertensión severa, edema, hiperreflexia y proteinuria. Se diagnostica preeclampsia con signos de severidad. Se administra nifedipino, sulfato de magnesio y betametasona. Debido a progresión del cuadro clínico con elevación de enzimas hepáticas y LDH, se decide interrupción del embarazo por cesárea. Evolución materna y neonatal favorable.

#### **Introducción:**

La preeclampsia con criterios de severidad es una complicación obstétrica potencialmente letal que afecta a entre el 5% y el 10% de las gestantes. El reconocimiento temprano y el manejo oportuno son esenciales para evitar consecuencias graves en la madre y el feto.

#### **Antecedentes del paciente:**

Mujer de 32 años, primigesta, sin antecedentes médicos relevantes. Control prenatal irregular con solo cuatro controles. Madre con historia de preeclampsia.

#### **Descripción cronológica del caso:**

- Inicio del cuadro con cefalea intensa, escotomas y dolor epigástrico de 6 horas de evolución.
- Se agrega disnea leve y edema progresivo en miembros inferiores.

- Acude a emergencia y se evidencia hipertensión severa (170/110 mmHg), hiperreflexia y proteinuria.
- Se inicia manejo con nifedipino, sulfato de magnesio y maduración pulmonar fetal.
- Al día siguiente, persistencia de HTA severa y elevación de enzimas hepáticas sugieren evolución a HELLP.
- Se decide cesárea urgente.

#### **Hallazgos clínicos relevantes:**

- PA: 170/110 mmHg
- Edema en miembros inferiores (++/+++), clonus positivo.
- FCF: 145 lpm sin desaceleraciones.
- Hiperreflexia rotuliana.

#### **Evaluación diagnóstica:**

- Proteinuria: 620 mg/24h
- Plaquetas: 95,000/mm<sup>3</sup>
- AST: 82 U/L, ALT: 75 U/L
- Creatinina: 1.2 mg/dL
- LDH: 450 U/L
- Doppler uterino: flujo con resistencia aumentada.

#### **Intervención terapéutica:**

- Nifedipino 10 mg VO c/8 h.
- Sulfato de magnesio según esquema de Pritchard.
- Betametasona 12 mg IM cada 24 h x 2 dosis.

- Monitoreo materno-fetal estricto.
- Cesárea urgente tras progresión del cuadro a HELLP incipiente.

#### **Evolución y seguimiento:**

- Recién nacido de 2,180 g, Apgar 8/9, evolución en UCIN por prematuridad tardía.
- La paciente evolucionó favorablemente, con mejoría de la TA y sin complicaciones postoperatorias.
- Alta a los cinco días con seguimiento por gineco-obstetricia y cardiología.

#### **Perspectiva del paciente:**

La paciente refirió ansiedad y temor ante la posibilidad de una emergencia obstétrica, pero valoró el acompañamiento constante del personal de salud. Manifestó alivio tras conocer la evolución favorable de su hijo.

#### **Consentimiento informado:**

Se obtuvo consentimiento verbal y escrito de la paciente para la publicación del caso, garantizando la confidencialidad.

**Diagnóstico final:** Preeclampsia con criterios de severidad, evolución a síndrome HELLP incipiente en gestante de 34 semanas + 2 días.

## **II.2 Rotación en Cirugía general**

### **Caso clínico N°1**

#### **Coledocolitiasis con obstrucción parcial de la vía biliar en paciente adulta con ictericia y dolor abdominal**

**Palabras clave:** Coledocolitiasis, CPRE, ictericia obstructiva, cálculos biliares, colecistectomía laparoscópica

#### **Resumen:**

Paciente femenina de 45 años, con antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia, acude por dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho, ictericia y vómitos biliosos. Se confirma diagnóstico de coledocolitiasis con dilatación del colédoco. Se realiza CPRE con esfinterotomía y extracción del cálculo, seguida de colecistectomía laparoscópica electiva. Evolución favorable postoperatoria.

### **Introducción:**

La coledocolitiasis, presencia de cálculos en el colédoco, es una causa frecuente de ictericia obstructiva. Puede presentarse con dolor abdominal, ictericia y alteración de pruebas hepáticas. Su manejo incluye la extracción endoscópica de los cálculos y colecistectomía para evitar recurrencias.

### **Antecedentes del paciente:**

Paciente femenina de 45 años, procedente de Lima. Hipertensión arterial en tratamiento con losartán y dislipidemia sin control. Sin antecedentes quirúrgicos ni alergias. IMC 30 kg/m<sup>2</sup>.

### **Descripción cronológica del caso:**

- Inicio de dolor en hipocondrio derecho hace 12 horas, tipo cólico, irradiado a dorso.
- Asociado a vómitos biliosos e ictericia progresiva.
- Evaluación en emergencia: sin fiebre ni alteraciones en hábito intestinal.

### **Hallazgos clínicos relevantes:**

- Signos vitales estables; ictericia leve.
- Dolor en hipocondrio derecho sin signos de peritonismo.
- Pruebas hepáticas alteradas: BT 4.2 mg/dL (directa 3.5 mg/dL), AST/ALT elevadas.
- Ecografía: vesícula con litiasis, colédoco dilatado (9 mm).

- Colangiorresonancia: cálculo de 8 mm en colédoco distal, sin pancreatitis.

**Evaluación diagnóstica:** Diagnóstico confirmado de coledocolitiasis con obstrucción parcial. Se descartó colecistitis aguda y pancreatitis asociada. Se solicitó evaluación por gastroenterología para CPRE terapéutica.

**Intervención terapéutica:**

- Hidratación IV y analgesia con ketorolaco.
- CPRE con esfinterotomía y extracción de cálculo exitosas.
- Antibióticos profilácticos: ceftriaxona IV.
- Posterior colecistectomía laparoscópica sin complicaciones.

**Evolución y seguimiento:**

Mejoría progresiva de ictericia y pruebas hepáticas tras CPRE. Recuperación favorable tras cirugía. Alta al tercer día postoperatorio con dieta baja en grasas y seguimiento en gastroenterología.

**Perspectiva del paciente:**

La paciente expresó alivio tras el procedimiento endoscópico por la mejoría de los síntomas, mostrando buena adherencia a las recomendaciones postoperatorias.

**Consentimiento informado:**

Se obtuvo el consentimiento informado verbal y escrito para la publicación del caso, garantizando la confidencialidad de la paciente.

**Diagnóstico final:** Coledocolitiasis con obstrucción parcial, resuelta mediante CPRE y colecistectomía laparoscópica.

**Caso clínico N°2**

## **Apendicitis perforada con formación de absceso apendicular en adulto joven: manejo conservador inicial y apendicectomía intervalar**

**Palabras clave:** apendicitis perforada, absceso apendicular, drenaje percutáneo, apendicectomía diferida, manejo conservador

### **Resumen:**

Paciente masculino de 28 años presenta cuadro de dolor abdominal progresivo en fosa iliaca derecha, asociado a fiebre, distensión y signos inflamatorios. Los estudios por imagen evidencian un absceso periapendicular de 4 cm, compatible con apendicitis perforada. Se decide manejo conservador con antibióticos de amplio espectro y drenaje percutáneo, logrando resolución clínica y programándose apendicectomía laparoscópica diferida.

### **Introducción:**

La apendicitis aguda perforada con formación de absceso es una complicación poco frecuente, pero importante del cuadro apendicular. En estos casos, el tratamiento inicial puede ser no quirúrgico, reservando la apendicectomía para una fase diferida. Este enfoque permite reducir riesgos de morbilidad quirúrgica en el contexto inflamatorio agudo.

### **Antecedentes del paciente:**

Paciente varón de 28 años, residente de Lima, sin comorbilidades ni antecedentes quirúrgicos o alérgicos. Padre con antecedente de apendicitis operada a los 30 años.

### **Descripción cronológica del caso:**

- Día -3: Dolor abdominal difuso, posteriormente localizado en fosa iliaca derecha. Fiebre, náuseas, escalofríos.
- Día -2: Distensión abdominal, disminución de evacuaciones.
- Día 0: Acude a emergencia del HNAL. Se inicia evaluación clínica y paraclínica.

**Hallazgos clínicos relevantes:**

- Signo de Blumberg y del psoas positivos.
- Leucocitosis con neutrofilia (15,800/mm<sup>3</sup>, 85% NEU), PCR elevada (38 mg/L).
- Ecografía: Apéndice de 12 mm, líquido periapendicular.
- TAC: Apendicolito, absceso de 4 cm, sin neumoperitoneo.

**Evaluación diagnóstica:**

- Diagnóstico: Absceso apendicular secundario a apendicitis perforada.
- Diagnóstico diferencial: Enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulitis, ileitis infecciosa.

**Intervención terapéutica:**

- Hospitalización en cirugía general.
- Antibióticos: Piperacilina/tazobactam IV.
- Drenaje percutáneo ecoguiado.
- Seguimiento con marcadores inflamatorios y TAC seriada.
- Alta hospitalaria al séptimo día, con antibióticos orales.
- Apendicectomía laparoscópica diferida sin complicaciones.

**Evolución y seguimiento:**

- Mejoría sintomática en primeras 48 h post drenaje.
- Control tomográfico: Reducción del absceso.
- Apendicectomía confirmó apéndice fibrótico sin signos de infección activa.

**Perspectiva del paciente:**

El paciente manifestó alivio progresivo tras el drenaje y agradecimiento por la alternativa no quirúrgica inicial. Refirió tranquilidad al recibir información detallada sobre su condición y el plan terapéutico, aceptando con confianza la apendicectomía diferida.

**Consentimiento informado:**

Se obtuvo consentimiento verbal y escrito del paciente para la publicación del caso clínico, resguardando su anonimato.

**Diagnóstico final:** Absceso apendicular secundario a apendicitis perforada, resuelto con manejo conservador inicial y apendicectomía laparoscópica diferida.

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

El internado médico, donde se llevaron a cabo las prácticas y aprendizajes de este trabajo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL). Fundado en 1924, este hospital es una de las instituciones de salud más antiguas e importantes del país, destacándose por su alto nivel de complejidad y su capacidad para atender pacientes de diversas regiones. A lo largo de los años, ha evolucionado hasta convertirse en un centro de referencia nacional, reconocido por la calidad de sus servicios y la experiencia de su equipo médico (1).

El HNAL es un establecimiento de salud de nivel III-1, lo que implica que cuenta con la infraestructura y el equipamiento necesarios para la atención de patologías complejas. Dispone de múltiples especialidades médicas y quirúrgicas, con servicios de Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Cuidados Intensivos e Infectología, entre otros. Además, el hospital cuenta con modernas salas de operaciones para procedimientos de alta complejidad y una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) destinada a pacientes en estado crítico (2).

Los internos desempeñaron un rol clave en la atención hospitalaria, participando activamente en la evaluación y seguimiento de los pacientes, la elaboración de



historias clínicas. Asimismo, se trabajó en estrecha coordinación con médicos residentes y especialistas, lo que permitió consolidar el aprendizaje clínico y quirúrgico dentro de un entorno exigente.

La experiencia adquirida durante este internado facilitó la integración de conocimientos teóricos con habilidades prácticas fundamentales para el ejercicio médico. La exposición a una amplia variedad de casos clínicos en un hospital de referencia como el HNAL representó un desafío constante, contribuyendo significativamente a la formación profesional de los internos y preparándolos para enfrentar futuras responsabilidades en el ámbito de la salud.

### **CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL**

La selección de los ocho casos clínicos que se presentan a continuación responde a un enfoque integrador y reflexivo orientado a consolidar competencias profesionales esenciales para el ejercicio médico en el contexto hospitalario peruano. Cada caso fue elegido no solo por su valor académico, sino también por representar situaciones clínicas frecuentes, complejas o críticas, que desafían al interno en múltiples dimensiones: diagnóstico, toma de decisiones terapéuticas, comunicación con el paciente y trabajo en equipo interdisciplinario.

La diversidad de escenarios abordados que incluye patologías oncológicas, infecciosas, obstétricas, quirúrgicas y pediátricas permite una aproximación transversal a problemas clínicos de alta prevalencia y severidad. En conjunto, los casos constituyen un panorama representativo de la realidad asistencial nacional, caracterizada por recursos limitados, alta carga de enfermedades crónicas y aparición de patologías agudas en fases avanzadas.

El análisis detallado de cada situación clínica no solo fomenta el razonamiento médico estructurado, sino que también promueve la aplicación crítica de guías clínicas actualizadas, la priorización de decisiones centradas en el paciente y el desarrollo de habilidades comunicacionales y éticas frente al sufrimiento humano. Así, la integración de estos casos durante el internado médico ha permitido fortalecer competencias del perfil del egresado, como la capacidad de resolución diagnóstica, la gestión del riesgo clínico, el juicio clínico-terapéutico fundamentado y el compromiso con una atención humanizada.

En suma, estos casos constituyen una muestra significativa de las experiencias vividas durante la etapa formativa del internado, reflejando los aprendizajes clínicos, emocionales y éticos que consolidan la transición del estudiante hacia el rol de médico con pensamiento crítico, sensibilidad social y responsabilidad profesional.

### III.1 Rotación en Medicina interna

#### Caso clínico N°1

El paciente presenta un cuadro clínico de pancreatitis aguda leve a moderada de probable etiología mixta: hipertrigliceridemia y consumo etílico ocasional. Esta asociación es cada vez más reconocida como causa relevante de pancreatitis en adultos jóvenes, especialmente en contextos de dislipidemia no controlada y hábitos dietéticos irregulares. A continuación, se detalla el análisis terapéutico integral fundamentado en guías clínicas internacionales actualizadas.

#### **Fundamentos fisiopatológicos y diagnóstico:**

La pancreatitis aguda se caracteriza por la activación prematura de enzimas pancreáticas dentro del páncreas, lo cual desencadena una cascada inflamatoria local con potencial de compromiso sistémico. En este paciente, la etiología mixta incluye el efecto citotóxico del etanol sobre las células acinares pancreáticas y el daño inducido por triglicéridos >500 mg/dL. La hipertrigliceridemia, al generar ácidos grasos libres en exceso, causa toxicidad endotelial y microisquemia pancreática, exacerbando el proceso inflamatorio (3).

El diagnóstico se estableció mediante los criterios de Atlanta: dolor abdominal típico, elevación de enzimas pancreáticas (lipasa y amilasa >3x el valor normal) y hallazgos imagenológicos compatibles. La tomografía computarizada mostró un páncreas aumentado de tamaño sin necrosis ni colecciones, orientando hacia una forma intersticial edematosa, que representa el 80–85% de los casos y suele tener evolución benigna (4).

#### **Abordaje terapéutico inicial:**

El pilar del tratamiento es el soporte clínico intensivo. En este caso se adoptó una estrategia basada en suspensión de la vía oral (NPO) y rehidratación con Ringer lactato, solución preferida sobre el suero salino por su perfil más fisiológico en términos de pH y balance electrolítico. Una hidratación adecuada durante las primeras 24–48 horas mejora la perfusión pancreática y reduce el riesgo de necrosis (5).

El manejo del dolor, elemento clave para evitar respuestas simpáticas exacerbadas y favorecer la tolerancia oral, se realizó con tramadol IV. Aunque los opioides son el grupo farmacológico de elección, se prefiere evitar la morfina por su potencial de inducir espasmo del esfínter de Oddi (6). Se añadieron antieméticos para controlar los vómitos biliosos y mejorar la calidad de vida durante la fase aguda.

#### **Nutrición y prevención de complicaciones:**

La reintroducción de la vía oral se realizó a las 72 horas con dieta líquida, en línea con recomendaciones actuales que sugieren reinicio temprano si hay mejoría clínica, ya que ello disminuye complicaciones infecciosas y reduce la estancia hospitalaria (7). La progresión a dieta blanda o hipograsa se implementa conforme a tolerancia.

Se monitorizó estrechamente la evolución clínica, marcadores inflamatorios y función pancreática, descartando criterios de gravedad según los scores pronósticos (BISAP, Ranson) y ausencia de falla orgánica persistente.

#### **Prevención de recurrencias:**

El manejo integral incluye control de los factores de riesgo. La hipertrigliceridemia >500 mg/dL debe ser tratada con modificación del estilo de vida, dieta hipograsa e indicación de fibratos si se mantiene elevada. La abstinencia del alcohol es fundamental, incluso en pacientes con consumo no crónico pero episódico, ya que cualquier ingesta puede actuar como desencadenante en contextos predisponentes. Se recomendó seguimiento estrecho por gastroenterología y nutrición para garantizar adherencia y evaluar indicaciones de tratamiento farmacológico hipolipemiente (8).

#### **Caso clínico N°2**

La neumonía intrahospitalaria (NIH) es una infección pulmonar grave adquirida después de las primeras 48 horas de hospitalización. En este caso, el paciente, un varón de 68 años hospitalizado por un accidente cerebrovascular isquémico, presentó signos clínicos y radiológicos compatibles con NIH a los 10 días de su ingreso, en el contexto de factores predisponentes como inmovilidad, alteración del reflejo tusígeno y uso de sonda nasogástrica.

**Evaluación diagnóstica y criterios clínicos** El diagnóstico se estableció a partir de criterios clínicos (fiebre, expectoración purulenta, desaturación), analíticos (leucocitosis y elevación de proteína C reactiva), radiológicos (infiltrado alveolar en base derecha con broncograma aéreo) y microbiológicos (aislamiento posterior de *Klebsiella pneumoniae* sensible a carbapenémicos). Estos hallazgos cumplen con los criterios propuestos por la IDSA/ATS para NIH (9).

**Fisiopatología y factores predisponentes** La NIH se produce por colonización del tracto respiratorio inferior por patógenos nosocomiales, frecuentemente multirresistentes, que ingresan por aspiración orofaríngea o dispositivos médicos. En pacientes neurológicos postrados, el riesgo se incrementa por disfunción del reflejo deglutorio, inmovilidad y depresión del estado de alerta. El uso de sonda nasogástrica también altera la barrera mecánica de defensa, facilitando la microaspiración (10).

**Intervención terapéutica** La antibioticoterapia empírica fue iniciada oportunamente con piperacilina/tazobactam, cobertura recomendada para patógenos frecuentes en NIH con riesgo intermedio, incluyendo *Pseudomonas aeruginosa* y enterobacterias. Tras el aislamiento de *Klebsiella pneumoniae* sensible a carbapenémicos, se optimizó el tratamiento con meropenem, lo que es consistente con las recomendaciones de desescalada antibiótica guiada por cultivo (11).

Además, se administró oxigenoterapia para mantener la saturación >92%, fisioterapia respiratoria y aspiración de secreciones para mejorar la ventilación y prevenir atelectasias. Estas intervenciones no farmacológicas son esenciales en pacientes con secuelas neurológicas, que presentan riesgo elevado de complicaciones respiratorias (12).

**Evolución y seguimiento** El paciente respondió favorablemente al tratamiento antibiótico dirigido y al soporte respiratorio. A los seis días mostró mejoría clínica y laboratorial, lo que permitió completar 10 días de tratamiento. Se continuó con rehabilitación post-ACV, abordaje integral indispensable para la recuperación funcional.

**Reflexión final** Este caso resalta la importancia del reconocimiento temprano de la NIH, la implementación de medidas preventivas en pacientes vulnerables y el uso racional de antibióticos. El manejo adecuado permitió una evolución favorable, destacando el rol del enfoque multidisciplinario en pacientes con comorbilidades neurológicas.

### **III.3 Rotación en Pediatría**

#### **Caso clínico N°1**

La crisis asmática moderada en el contexto pediátrico representa un reto frecuente en los servicios de emergencia. En este caso, se trata de un niño de 7 años con diagnóstico previo de asma bronquial, quien presenta una exacerbación desencadenada por exposición a alérgenos ambientales, reflejando la necesidad de un abordaje terapéutico integral, basado en guías internacionales como GINA (13).

**Evaluación diagnóstica** El diagnóstico de crisis asmática moderada se fundamentó en la presencia de síntomas respiratorios agudos como disnea, tos seca, uso de músculos accesorios y sibilancias audibles. Los signos clínicos fueron respaldados por una saturación de oxígeno del 91% en aire ambiente y una frecuencia respiratoria de 30 rpm. La gasometría arterial reveló hipoxemia ( $\text{PaO}_2$ : 65 mmHg) sin hipercapnia ( $\text{PaCO}_2$ : 42 mmHg), lo cual indica un compromiso moderado de la función respiratoria sin evidencia de agotamiento ventilatorio (14).

El diagnóstico se complementó con la radiografía de tórax, que mostró hiperinsuflación pulmonar, hallazgo común en el asma debido al atrapamiento aéreo. El hemograma evidenció eosinofilia del 6%, marcador de inflamación alérgica subyacente. Las pruebas de función pulmonar revelaron un patrón obstructivo con respuesta broncodilatadora significativa, hallazgo diagnóstico de asma (15).

**Fisiopatología** El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de la vía aérea mediada por mecanismos inmunológicos, donde se involucran mastocitos, eosinófilos y linfocitos T. En la fase aguda, la exposición a alérgenos induce una

cascada inflamatoria con liberación de histamina, leucotrienos y prostaglandinas, generando broncoconstricción, edema de mucosa y aumento de la producción de moco. En este caso, el componente atópico está respaldado por los antecedentes familiares (madre con asma, padre con rinitis alérgica), lo cual predispone a una hiperreactividad bronquial persistente (16).

**Intervención terapéutica** La intervención inicial siguió los lineamientos internacionales. Se administró oxígeno con mascarilla con reservorio para mantener la saturación por encima del 94%. Las nebulizaciones frecuentes con salbutamol e ipratropio cada 20 minutos durante la primera hora constituyen la base del manejo de la broncoconstricción. El salbutamol actúa como agonista  $\beta_2$ , mientras que el ipratropio bloquea receptores muscarínicos, generando una acción sinérgica en el alivio del broncoespasmo (17).

Se indicó metilprednisolona IV (1 mg/kg cada 12 h) para reducir la inflamación bronquial, prevenir la recurrencia de los síntomas y mejorar el control del episodio. Posteriormente, se realizó la transición a prednisona VO por 5 días. La buena respuesta clínica, evidenciada por la mejora del murmullo vesicular y la disminución de la disnea, permitió la hospitalización para seguimiento y optimización del tratamiento controlador del asma (18).

**Evolución clínica y seguimiento** Durante su estancia, el paciente presentó mejoría progresiva, con reducción de la frecuencia respiratoria a 24 rpm y saturación estable. Esta evolución permitió continuar con el tratamiento inhalado y reeducar a la madre en el manejo del asma. Se planificó seguimiento con neumología pediátrica para establecer un esquema de tratamiento de mantenimiento con corticoides inhalados (como fluticasona), y se entregó un plan de acción ante futuras crisis (19).

**Reflexión integral** Este caso permite reflexionar sobre la importancia de reconocer los signos de alarma en una crisis asmática y actuar con rapidez para evitar su progresión. Asimismo, evidencia la necesidad de un plan educativo estructurado para pacientes y cuidadores, orientado a mejorar la adherencia y prevenir exacerbaciones. La intervención temprana, combinada con un seguimiento multidisciplinario, garantiza un mejor pronóstico a largo plazo.

## **Caso clínico N°2**

La gastroenteritis aguda por Salmonella en pacientes pediátricos representa un desafío clínico por el riesgo elevado de deshidratación severa y complicaciones sistémicas. En este caso, el diagnóstico se estableció a partir de la historia clínica, el examen físico y los hallazgos de laboratorio, los cuales fueron consistentes con una infección bacteriana entérica.

**Fisiopatología y agente etiológico** La Salmonella spp. es una bacteria gramnegativa con capacidad para invadir el epitelio intestinal, desencadenando una respuesta inflamatoria intensa que genera destrucción celular, secreción de líquidos y activación del sistema inmune. En este paciente, el antecedente de consumo de alimentos ambulatorios y la presencia de un cuadro similar en un familiar sugieren una fuente común de infección. La fiebre, la diarrea con moco y la leucocitosis con neutrofilia refuerzan la sospecha de etiología bacteriana. La positividad del coprocultivo para Salmonella confirma el diagnóstico (20).

**Evaluación clínica del estado de hidratación** El paciente mostró signos clínicos compatibles con deshidratación moderada a severa: mucosas secas, llenado capilar prolongado, taquicardia y oliguria. Estos hallazgos fueron corroborados con alteraciones en los electrolitos séricos (hiponatremia leve e hipokalemia), lo que respalda una pérdida significativa de volumen extracelular con alteración del equilibrio hidroelectrolítico. La ausencia de acidosis sugiere que no se ha producido una pérdida sustancial de bicarbonato, como ocurre en diarreas secretoras severas (21).

**Intervención terapéutica** El abordaje terapéutico se enfocó en tres pilares: reposición de líquidos, erradicación del agente infeccioso y corrección de alteraciones metabólicas.

**Hidratación intravenosa:** Se utilizó solución isotónica para reponer el déficit calculado y mantener un adecuado equilibrio hidroelectrolítico, lo cual es clave para estabilizar al paciente en las primeras horas. El monitoreo estrecho de la diuresis, el estado clínico y los electrolitos permitió evitar complicaciones por sobrehidratación o desequilibrio de potasio (22).



**Antibioticoterapia dirigida:** Dado el cuadro severo y la identificación de Salmonella, se empleó ciprofloxacino, una fluoroquinolona eficaz contra enterobacterias gramnegativas. Aunque muchas infecciones por Salmonella en niños inmunocompetentes son autolimitadas, la severidad del caso y el compromiso general justificaron el uso de antibióticos, lo cual ha demostrado acortar la duración de los síntomas y prevenir bacteriemia (23).

**Tratamiento sintomático y suplementación:** Se indicó paracetamol para la fiebre, evitando AINEs por su riesgo de irritación gastrointestinal. La suplementación con zinc (10 mg/día) durante 10 días está respaldada por la OMS y ha demostrado reducir la duración y severidad de la diarrea al promover la regeneración de enterocitos y la inmunomodulación. Se introdujo una dieta astringente progresiva y se evitó el consumo de lácteos, dada la posibilidad de intolerancia secundaria a la lactosa tras daño de la mucosa intestinal (24).

**Seguimiento y evolución** El paciente respondió favorablemente con mejoría clínica progresiva, normalización de la diuresis, resolución de la fiebre y reducción en la frecuencia de las deposiciones. El seguimiento ambulatorio fue fundamental para garantizar la continuidad del tratamiento antibiótico y reforzar la educación sobre medidas preventivas, especialmente en lo relacionado al manejo higiénico de alimentos y lavado de manos para evitar reinfecciones y brotes familiares.

Este caso resalta la importancia del abordaje integral de la gastroenteritis aguda bacteriana en pediatría, donde el reconocimiento precoz del estado de deshidratación, el uso racional de antibióticos y la suplementación con zinc representan pilares terapéuticos clave para una evolución favorable.

### **III.4 Ginecología y obstetricia**

#### **Caso clínico N°1**

La ruptura prematura de membranas (RPM) en gestaciones pretérmino, como en el caso de esta paciente de 29 años con 35 semanas + 4 días, representa un reto clínico importante debido al equilibrio necesario entre evitar la infección intraamniótica y prolongar el embarazo para mejorar la maduración fetal.

## **Evaluación diagnóstica y fisiopatología**

El diagnóstico de RPM se estableció por clínica (salida persistente de líquido transvaginal) y pruebas específicas: nitrazina positiva (pH alcalino) y cristalografía con patrón en helecho. La ecografía obstétrica mostró oligoamnios leve, un hallazgo común tras la pérdida de líquido amniótico. Esta condición, sin signos de corioamnionitis ni sufrimiento fetal, permitió un enfoque conservador con vigilancia activa.

La fisiopatología de la RPM implica debilidad de las membranas corioamnióticas, frecuentemente precipitada por procesos infecciosos subclínicos, factores mecánicos y susceptibilidad genética. En esta paciente, la ausencia de infección activa y el antecedente familiar de parto prematuro sugieren una posible predisposición genética (25).

### **Manejo clínico integral:**

- **Antibioticoterapia profiláctica:** Se administró ampicilina IV y eritromicina VO, estrategia respaldada por estudios que demuestran su capacidad para prolongar el periodo de latencia, reducir el riesgo de infección neonatal y materna, y mejorar el pronóstico perinatal (25).
- **Maduración pulmonar fetal:** Se completó esquema de betametasona (12 mg IM cada 24 h por dos dosis). La evidencia demuestra que este manejo disminuye la incidencia de síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular y enterocolitis necrotizante, especialmente si se aplica antes de la semana 37 (26).
- **Monitoreo materno-fetal:** Se realizó vigilancia estricta para detectar signos de infección intraamniótica (fiebre, taquicardia materno-fetal, sensibilidad uterina) o compromiso fetal. La estabilidad clínica permitió mantener un enfoque expectante hasta el inicio espontáneo del trabajo de parto.

**Evolución clínica y resolución obstétrica:** A las 48 horas, la paciente inició dinámica uterina espontánea, evolucionando favorablemente hacia un parto vaginal no instrumentado. El recién nacido tuvo un peso adecuado para la edad

gestacional (2,430 g) y una buena adaptación neonatal (Apgar 8/9). No se registraron complicaciones infecciosas postparto, lo que refleja la eficacia del manejo profiláctico y el seguimiento continuo.

**Reflexión clínica:** Este caso ejemplifica una estrategia individualizada de manejo conservador en RPM pretérmino tardía. El balance adecuado entre el uso racional de antibióticos, la maduración pulmonar y la vigilancia activa permitió optimizar los resultados maternos y neonatales sin recurrir a intervenciones agresivas innecesarias. La planificación del alta incluyó recomendaciones para el control pediátrico temprano y educación sobre signos de alarma en el neonato.

## **Caso clínico N°2**

La preeclampsia con signos de severidad representa una de las urgencias obstétricas más críticas. Este caso clínico evidencia una presentación clásica en una gestante de 34 semanas + 2 días, con múltiples signos de disfunción orgánica que motivaron una intervención urgente.

**Evaluación diagnóstica y fisiopatología** La paciente presentó hipertensión arterial severa (170/110 mmHg), cefalea intensa, escotomas, epigastralgia, hiperreflexia con clonus, trombocitopenia (95,000/ $\mu$ L), y elevación de transaminasas (AST 82 U/L, ALT 75 U/L) y LDH (450 U/L), cumpliendo criterios de preeclampsia severa. Además, presentó proteinuria en orina de 24 horas (620 mg/24h), confirmando la afectación renal.

Desde el punto de vista fisiopatológico, la preeclampsia está mediada por una disfunción endotelial generalizada inducida por una placentación anómala. El desequilibrio entre factores angiogénicos y antiangiogénicos genera vasoespasmo e inflamación sistémica, lo que ocasiona daño multiorgánico. En este caso, la evolución hacia un síndrome HELLP incipiente fue evidente por la trombocitopenia y elevación de LDH (27).

**Manejo clínico integral** Dado el riesgo materno-fetal, se instauró un plan terapéutico basado en las guías de la ACOG y la OMS:

**Neuroprotección con sulfato de magnesio:** Se administró según el esquema de Pritchard, previniendo la progresión a eclampsia en pacientes con síntomas neurológicos.

**Antihipertensivos:** Se inició nifedipino oral (10 mg cada 8 horas), eficaz y seguro para el control de la hipertensión en gestantes. Este manejo permitió reducción inicial de la presión, aunque persistió en cifras elevadas, lo que orientó hacia progresión del cuadro clínico.

**Maduración pulmonar fetal:** Se administró betametasona (12 mg IM cada 24 h por dos dosis), con el objetivo de reducir complicaciones neonatales asociadas a la prematuridad tardía. Esta intervención es crucial antes de las 37 semanas, especialmente en casos en que se anticipa la necesidad de interrupción del embarazo (28).

**Interrupción del embarazo y resolución obstétrica** Ante la persistencia de hipertensión severa y progresión del daño hepático y hematológico, se decidió cesárea urgente. Esta decisión se basó en el riesgo inminente de complicaciones maternas graves y la inestabilidad clínica. El neonato nació con peso adecuado (2,180 g) y Apgar 8/9, siendo derivado a cuidados intermedios por prematuridad. La madre evolucionó favorablemente, con estabilización de la presión arterial y parámetros de laboratorio en el posoperatorio inmediato.

**Reflexión clínica** Este caso subraya la importancia del diagnóstico precoz y del abordaje multidisciplinario en la preeclampsia severa. El manejo oportuno con sulfato de magnesio, antihipertensivos, corticoides prenatales e interrupción oportuna del embarazo redujo significativamente el riesgo materno y mejoró el pronóstico neonatal. Además, resalta la necesidad de fortalecer el control prenatal para detectar factores de riesgo y prevenir desenlaces graves.

## **III.2 Rotación en Cirugía general**

### **Caso clínico N°1**

La coledocolitiasis, como se evidenció en esta paciente de 45 años, representa una causa común de ictericia obstructiva y dolor en hipocondrio derecho en contextos de litiasis vesicular. En este caso, se logró un diagnóstico certero y

una intervención terapéutica efectiva a través de un enfoque multidisciplinario oportuno.

### **Evaluación diagnóstica y fisiopatología:**

El cuadro clínico de dolor cólico en hipocondrio derecho, náuseas, vómitos y la presencia de ictericia orientan hacia una obstrucción biliar. Desde el punto de vista fisiopatológico, la migración de cálculos desde la vesícula al colédoco genera obstrucción parcial o total del flujo biliar, lo que causa colestasis y explica la ictericia y la elevación de bilirrubina directa, GGT y fosfatasa alcalina (30). La paciente no presentó fiebre ni signos de colangitis franca, por lo que el cuadro se catalogó como coledocolitiasis no complicada.

Las pruebas de laboratorio mostraron elevación de la bilirrubina total (4.2 mg/dL) con predominio directo (3.5 mg/dL), AST/ALT moderadamente elevadas y colestasis bioquímica. La ecografía fue útil para detectar dilatación de la vía biliar extrahepática (colédoco de 9 mm), hallazgo sugestivo de obstrucción, aunque no visualizó directamente los cálculos. La colangiorresonancia magnética confirmó la presencia de un cálculo de 8 mm en el colédoco distal, con dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, sin datos de colangitis ni pancreatitis asociada.

### **Manejo clínico y resolución de la obstrucción biliar:**

El tratamiento inicial consistió en hidratación intravenosa y analgesia con AINEs. Ante la sospecha de colangitis incipiente (ictericia sin fiebre), se instauró antibioticoterapia profiláctica con ceftriaxona 1 g IV cada 12 horas, dado el riesgo de sobreinfección bacteriana ascendente (31).

La intervención resolutoria se realizó mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), que permitió la extracción del cálculo mediante esfinterotomía endoscópica. La CPRE es la técnica de elección en pacientes con coledocolitiasis confirmada, permitiendo la resolución del cuadro sin necesidad de intervención quirúrgica de urgencia (32). La paciente presentó una evolución favorable con disminución progresiva de la ictericia y normalización de los marcadores hepáticos.

### **Prevención de recurrencias y resolución definitiva:**

La paciente tenía múltiples cálculos en la vesícula biliar, por lo que se programó una colecistectomía laparoscópica diferida, la cual se realizó sin complicaciones. Esta intervención es el tratamiento definitivo para evitar recurrencias de coledocolitiasis y prevenir complicaciones como pancreatitis biliar o colangitis (33).

### **Reflexión clínica:**

Este caso resalta la importancia del diagnóstico temprano de la coledocolitiasis y la rápida coordinación entre especialidades médicas. El uso racional de antibióticos, la elección adecuada del momento para la CPRE y la posterior colecistectomía forman parte de una estrategia terapéutica integral y efectiva. Además, el abordaje permitió evitar la progresión a una colangitis grave o sepsis biliar, optimizando la recuperación de la paciente y minimizando riesgos.

### **Caso clínico N°2**

El absceso apendicular es una complicación de la apendicitis aguda perforada y se caracteriza por la formación de una colección purulenta localizada alrededor del apéndice inflamado. En este caso, se trata de un paciente varón de 28 años que presentó un cuadro clínico progresivo, iniciando con dolor abdominal difuso que luego se localizó en fosa iliaca derecha, acompañado de fiebre, escalofríos y síntomas sistémicos, altamente sugestivos de inflamación avanzada y formación de absceso periapendicular.

### **Evaluación diagnóstica y fisiopatología**

La fisiopatología del absceso apendicular comienza con la obstrucción luminal del apéndice, usualmente por un apendicolito, lo cual provoca acumulación de secreciones, distensión, compromiso vascular, necrosis y perforación. Posteriormente, se forma una colección circunscrita de pus contenida por el epiplón y asas intestinales adyacentes (34).

En este caso, el diagnóstico se sustentó en criterios clínicos (dolor localizado, signos de peritonismo, fiebre), de laboratorio (leucocitosis con neutrofilia, PCR

elevada) e imagenológicos. La tomografía axial computarizada (TAC) fue fundamental al evidenciar un apendicolito en la base apendicular y una colección de 4 cm, sin signos de peritonitis difusa, lo que favorece un enfoque conservador (35).

### **Manejo clínico integral**

La decisión terapéutica se basó en el tamaño del absceso (<5 cm), el estado clínico estable del paciente y la ausencia de sepsis, lo que permitió optar por un manejo no quirúrgico inicial. Este incluyó:

- **Antibioticoterapia empírica:** Se inició piperacilina/tazobactam IV por su amplio espectro frente a patógenos entéricos aerobios y anaerobios. Este esquema es de elección en apendicitis complicada sin sepsis, siendo meropenem una alternativa en pacientes con riesgo elevado o mala evolución (36).
- **Drenaje percutáneo:** La colección fue drenada bajo guía imagenológica, reduciendo la presión local, controlando la infección y facilitando la resolución del cuadro sin necesidad de laparotomía de urgencia.
- **Monitoreo clínico y radiológico:** Se controlaron parámetros inflamatorios y se repitió TAC al quinto día, observándose disminución significativa del absceso. El paciente presentó mejoría clínica rápida, con resolución de la fiebre y del dolor abdominal.

### **Estrategia quirúrgica diferida y seguimiento**

Tras la resolución del cuadro agudo, se indicó apendicectomía laparoscópica diferida (intervalar) programada en 6 a 8 semanas. Esta estrategia evita cirugía en un campo inflamatorio hostil y reduce complicaciones como fístulas o lesiones intestinales. Durante la cirugía, se identificaron restos fibróticos del apéndice, confirmando la resolución del proceso inflamatorio previo.

## **Reflexión clínica**

Este caso ilustra una estrategia terapéutica basada en la evidencia para el manejo de apendicitis complicada con absceso. El tratamiento conservador con antibióticos y drenaje percutáneo permite resolver la infección aguda y planificar una intervención quirúrgica segura y definitiva en mejores condiciones. Además, destaca la importancia del uso adecuado de recursos diagnósticos (TAC) y la toma de decisiones clínicas individualizadas según el estado del paciente.



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

El internado médico representa una etapa de profundo impacto formativo, en la cual el estudiante de medicina se enfrenta, por primera vez de manera sostenida, a la realidad compleja y dinámica del sistema de salud. Esta inmersión en la práctica clínica diaria no solo exige la aplicación del conocimiento teórico acumulado durante los años de estudio, sino que también demanda una constante adaptación a contextos asistenciales marcados por alta carga laboral, escasez de recursos y una exigente toma de decisiones en tiempo real.

Uno de los principales desafíos vividos durante esta etapa fue el manejo de pacientes en servicios con alta demanda asistencial. Áreas como emergencia, medicina interna, ginecología y pediatría suelen operar en condiciones de saturación, donde cada cama cuenta y el tiempo es un recurso escaso. En ese entorno, el interno se ve obligado a priorizar, identificar signos de alarma con rapidez, y gestionar adecuadamente los recursos disponibles. Es aquí donde la teoría cobra vida: los algoritmos diagnósticos, las guías de manejo y los fundamentos fisiopatológicos dejan de ser conceptos abstractos para convertirse en herramientas concretas de resolución de problemas clínicos.

Sin embargo, el internado no se limita a replicar el conocimiento aprendido, sino que exige un proceso de razonamiento clínico contextualizado. Un caso de neumonía en un paciente con múltiples comorbilidades, por ejemplo, no se trata únicamente con base en el protocolo, sino considerando las particularidades del paciente, la disponibilidad de antibióticos en el hospital y las limitaciones para el seguimiento ambulatorio. En estas circunstancias, se refuerza la capacidad del interno para discernir, para integrar la teoría con la realidad clínica, y para tomar decisiones con responsabilidad y juicio crítico, incluso ante la incertidumbre.

Otro reto importante es el componente emocional asociado al contacto directo y prolongado con el sufrimiento humano. La muerte, la desesperación de los familiares, el deterioro de pacientes crónicos, confrontan al interno con aspectos de la medicina que rara vez se abordan en los libros. Esta exposición continua promueve el desarrollo de la empatía, la comunicación asertiva y la contención

emocional, competencias que son tan fundamentales como el conocimiento técnico.

Asimismo, el trabajo bajo presión constante pone a prueba la organización personal, la gestión del tiempo y la capacidad de trabajar en equipo. El aprendizaje se torna colectivo: se aprende del residente que guía, del especialista que corrige, del paciente que enseña con su historia, y también del error, que obliga a revisar, a estudiar más, a no conformarse con lo básico.

En resumen, el internado médico no solo consolidó los conocimientos adquiridos en las aulas, sino que los transformó en capacidades reales para enfrentar la práctica clínica. Los desafíos vividos en contextos de alta demanda asistencial revelaron la distancia entre el ideal teórico y la realidad hospitalaria, pero también mostraron que, con compromiso, autocrítica y acompañamiento adecuado, es posible cerrar esa brecha. Esta experiencia no solo formó un mejor profesional, sino también una persona más consciente de su rol en la sociedad, más empática y comprometida con el ejercicio ético y humano de la medicina.

## V. CONCLUSIONES

1. El internado médico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza fue una etapa importante en la formación profesional, facilitando la aplicación de conocimientos teóricos en un entorno hospitalario real. A lo largo de las rotaciones en Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Cirugía, se fortalecieron habilidades clínicas y quirúrgicas esenciales para el ejercicio médico. El contacto a una gran variedad de patologías y la oportunidad de participar activamente en la atención de los pacientes contribuyeron a mejorar la capacidad de análisis, toma de decisiones y resolución de problemas en situaciones de alta complejidad.
2. Uno de los aspectos más relevantes del internado fue la integración en equipos multidisciplinarios, lo que permitió desarrollar competencias interpersonales y de trabajo en equipo, fundamentales para brindar una atención médica eficiente y humanizada.
3. La supervisión constante de médicos especialistas y residentes garantizó un aprendizaje progresivo, asegurando que cada actividad realizada estuviera respaldada por el conocimiento y la experiencia de profesionales capacitados.
4. Asimismo, las condiciones propias del hospital, caracterizado por una alta demanda asistencial y recursos limitados, desafiaron la capacidad de adaptación y fomentaron la creatividad en la resolución de problemas. Estas situaciones reforzaron la importancia de la organización, el trabajo bajo presión y la toma de decisiones fundamentadas en la evidencia científica, aspectos esenciales en la práctica médica diaria.
5. La experiencia del internado médico no solo consolidó habilidades clínicas y académicas, sino que también reafirmó la vocación de servicio y el compromiso con la salud de los pacientes.
6. La formación recibida en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza permitió un crecimiento integral como futuro profesional de la medicina, proporcionando las bases necesarias para enfrentar con confianza los desafíos del ejercicio clínico y continuar con el desarrollo de una carrera médica sólida y ética.

## V.I RECOMENDACIONES

1. Es esencial que los programas de internado médico continúen fortaleciendo la supervisión y el acompañamiento por parte de los especialistas, garantizando que los internos puedan desarrollar sus habilidades en un entorno de aprendizaje estructurado. La orientación constante de médicos residentes y asistentes permite que cada procedimiento realizado sea revisado y corregido en tiempo real, optimizando el proceso formativo y asegurando la seguridad del paciente.
2. Asimismo, se sugiere fomentar la rotación en diversas especialidades hospitalarias para ampliar la experiencia clínica y reforzar competencias en diferentes áreas. La exposición a una mayor variedad de patologías y escenarios clínicos favorece la capacidad de análisis, la resolución de problemas y la toma de decisiones en situaciones de alta complejidad, lo cual es fundamental para el desempeño profesional.
3. Otro aspecto clave es mejorar la gestión de los recursos hospitalarios con el fin de optimizar tanto la atención médica como la formación de los internos. La implementación de estrategias que permitan una mejor distribución del personal y los insumos, así como la promoción del uso eficiente de los recursos disponibles, contribuiría a generar un ambiente de trabajo más organizado y funcional.
4. Se recomienda que los internos complementen su formación práctica con el estudio continuo y la actualización de conocimientos mediante la revisión de literatura médica actualizada. La combinación de una sólida preparación clínica con el aprendizaje basado en evidencia fortalecerá el desarrollo de profesionales médicos mejor capacitados para enfrentar los retos de la práctica médica y brindar una atención de calidad centrada en el bienestar del paciente.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Historia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2024 [citado 28 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/hnal>
2. Ministerio de Salud del Perú. Hospital Nacional Arzobispo Loayza: Servicios y Especialidades Médicas [Internet]. Lima: MINSA; 2024 [citado 28 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/hnal>
3. Yadav D, Lowenfels AB. The epidemiology of pancreatitis and pancreatic cancer. *Gastroenterology*. 2013;144(6):1252–61. Disponible en: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2013.01.068>
4. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*. 2013;62(1):102–11. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2012-302779>
5. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Vege SS. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol*. 2013;108(9):1400–15. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/ajg.2013.218>
6. Crockett SD, Wani S, Gardner TB, et al. American Gastroenterological Association Institute guideline on initial management of acute pancreatitis. *Gastroenterology*. 2018;154(4):1096–101. Disponible en: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.01.032>
7. Petrov MS, van Santvoort HC, Besselink MG, et al. Early enteral nutrition versus nil per os in predicted severe acute pancreatitis: a randomized trial. *Clin Nutr*. 2013;32(5):697–703. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2013.03.002>
8. Scherer J, Singh VP, Pitchumoni CS, Yadav D. Issues in hypertriglyceridemic pancreatitis: an update. *J Clin Gastroenterol*. 2014;48(3):195–203. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000000021>
9. Kalil AC, Metersky ML, Klompas M, Muscedere J, Sweeney DA, Palmer LB, et al. Management of adults with hospital-acquired and ventilator-associated pneumonia: 2016 clinical practice guidelines by the IDSA and ATS. *Clin Infect Dis*. 2016;63(5):e61–111. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/cid/ciw353>

10. Torres A, Niederman MS, Chastre J, et al. International ERS/ESICM/ESCMID/ALAT guidelines for the management of hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia. *Eur Respir J.* 2017;50(3):1700582. Disponible en: <https://doi.org/10.1183/13993003.00582-2017>
11. Klompas M, Branson R, Eichenwald EC, et al. Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia in acute care hospitals: 2014 update. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2014;35(S2):S133–54. Disponible en: <https://doi.org/10.1086/676890>
12. Geng Y, Zhang Y, Gao W, et al. Preventive effect of early rehabilitation training on pulmonary infection in elderly patients with stroke. *J Int Med Res.* 2020;48(3):0300060519898462. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0300060519898462>
13. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2023. Disponible en: <https://ginasthma.org/>
14. Bacharier LB, Boner A, Carlsen KH, et al. Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a PRACTALL consensus report. *Allergy.* 2008;63(1):5–34. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2007.01586.x>
15. Ducharme FM, Dell SD, Radhakrishnan D, et al. Diagnosis and Management of Asthma in Preschoolers: A Canadian Thoracic Society and Canadian Paediatric Society Position Paper. *Paediatr Child Health.* 2015;20(7):353–371. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/pch/20.7.353>
16. Holgate ST. The sentinel role of the airway epithelium in asthma pathogenesis. *Immunol Rev.* 2011;242(1):205–219. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1600-065X.2011.01030.x>
17. Rodrigo GJ, Castro-Rodriguez JA. Anticholinergics in the treatment of children and adults with acute asthma: a systematic review with meta-analysis. *Thorax.* 2005;60(9):740–746. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/thx.2005.042432>
18. Rowe BH, Spooner CH, Ducharme FM, et al. Corticosteroids for preventing relapse following acute exacerbations of asthma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(3):CD000195. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000195.pub2>

19. National Asthma Education and Prevention Program. Expert Panel Report 3: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. NIH Publication 07-4051. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/asthgdln.pdf>
20. Ryan CA, Nickerson KP, Pickard JM. Salmonella-host interactions: virulence factors, inflammation, and the gut microbiome. *Pathog Dis.* 2017;75(8):ftx073. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/femspd/ftx073>
21. World Health Organization. The treatment of diarrhoea: a manual for physicians and other senior health workers. WHO; 2017. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43209>
22. Guarino A, Ashkenazi S, Gendrel D, et al. European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition guidelines for the management of acute gastroenteritis in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014;59(1):132–52. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000000375>
23. Lazzerini M, Wanzira H. Oral zinc for treating diarrhoea in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(12):CD005436. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005436.pub5>
24. Parry S, Strauss JF. Premature rupture of the fetal membranes. *N Engl J Med.* 1998;338(10):663–70. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJM199803053381006>
25. Kenyon S, Boulvain M, Neilson JP. Antibiotics for preterm rupture of membranes: a systematic review. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(12):CD001058. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001058.pub3>
26. Gyamfi-Bannerman C, Thom EA, Blackwell SC, et al. Antenatal betamethasone for women at risk for late preterm delivery. *N Engl J Med.* 2016;374(14):1311– Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1516783>
27. Mayrink J, Costa ML, Cecatti JG. Preeclampsia in 2018: Revisiting Concepts, Physiopathology, and Prediction. *ScientificWorldJournal.* 2018;2018:6268276. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2018/6268276>
28. Villar J, Ariff S, Gunier RB, et al. Maternal and neonatal outcomes of preeclampsia with severe features at late preterm gestation: the WHO

- Multicountry Survey. *BJOG*. 2021;128(4):718–27. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16524>
29. Magee LA, Sharma S, Nathan HL, et al. Management of hypertension in pregnancy. *BMJ*. 2022;377:e067369. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067369>
30. Williams EJ, Green J, Beckingham I, et al. Guidelines on the management of common bile duct stones (CBDS). *Gut*. 2008;57(7):1004-1021. <https://doi.org/10.1136/gut.2007.136228>
31. Gomi H, Solomkin JS, Takada T, et al. TG13 antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2013;20(1):60-70. <https://doi.org/10.1007/s00534-012-0564-0>
32. Testoni PA, Mariani A, Giussani A, et al. Risk factors for post-ERCP pancreatitis in high- and low-volume centers and among expert and non-expert operators: a prospective multicenter study. *Am J Gastroenterol*. 2010;105(8):1753–1761. <https://doi.org/10.1038/ajg.2010.145>
33. Gurusamy KS, Davidson C, Gluud C, Davidson BR. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for people with gallstone disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(6):CD007196. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007196.pub2>
34. Humes DJ, Simpson J. Acute appendicitis. *BMJ*. 2006;333(7567):530–4. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.38940.664363.AE>
35. Bickell NA, Aufses AH Jr, Rojas M, Bodian C. How time affects the risk of rupture in appendicitis. *J Am Coll Surg*. 2006;202(3):401–6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2005.11.003>
36. Andersson RE. The role of antibiotic therapy in the treatment of acute appendicitis. *Curr Infect Dis Rep*. 2010;12(4):234–41. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11908-010-0110-6>