



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA ADQUIRIDA DURANTE LA ETAPA DEL
INTERNADO EN CENTRO MÉDICO NAVAL “CIRUJANO MAYOR
SANTIAGO TÁVARA”.**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

LEZLY KAROLYNE SIGUAS BAUTISTA

ASESOR

MG. JULIO CESAR LUQUE ESPINO

**LIMA, PERÚ
2021**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA ADQUIRIDA DURANTE LA ETAPA
DEL INTERNADO EN CENTRO MÉDICO NAVAL “CIRUJANO
MAYOR SANTIAGO TÁVARA”.**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
LEZLY KAROLYNE SIGUAS BAUTISTA**

**ASESOR
MG. JULIO CESAR LUQUE ESPINO**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: M.E. Jorge Luis Herrera Quispe.

Miembro: M.E. Felipe Santiago Tolentino Valladares.

Miembro: M.E. Hugo Ortiz Souza.

DEDICATORIA

Dedicado a Dios, mis padres y a mis hermanos por haberme acompañado durante esta travesía y por seguirlo haciendo en cada uno de mis objetivos. Los amo infinitamente.

ÍNDICE

	Pág.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	v
Abstract	
INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPITULO II: CONTEXTO DEL DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA	24
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	26
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	37
CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES	40
FUENTES DE INFORMACIÓN	42
ANEXOS	47

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo exponer casos representativos en base a la experiencia adquirida en las prácticas hospitalarias realizadas en el Centro Médico Naval Santiago Távara (Institución prestadora de servicio de salud nivel III) durante el internado médico correspondiente al año 2020, que fue extendido hacia algunos meses del 2021 debido a la presencia de la pandemia de la COVID-19. Así mismo se hace referencia al gran desafío que se tuvo durante el desarrollo de cada rotación en el internado, las dificultades que se presentaron, así como el cambio organizacional que se realizó para que ante la adversidad se pueda desarrollar de la mejor forma y manera la etapa del internado debido a la importancia que tiene como parte de la formación académica para todo médico.

Los casos clínicos en mención fueron elegidos en base a lo común que puede ser la patología dentro de cada servicio, así como por ser casos que captaron la atención del investigador debido a su complejidad.

El desarrollo del internado médico tiene como propósito principal poder adquirir competencias en el área de la práctica clínica, que van desde la construcción de la relación médico-paciente, un adecuado desarrollo de una entrevista médica, la confección de una historia clínica óptima, que integre información necesaria para establecer posibles diagnósticos, así como el desarrollo de criterios para solicitar exámenes auxiliares, si fuese necesario, que sea útil como apoyo diagnóstico; para finalmente plantear un esquema terapéutico y pronóstico del paciente.

ABSTRACT

The present work aims to explain representative cases based on the experience acquired in the hospital practices carried out in the Santiago Távara Naval Medical Center (hospital level III) during the medical internship corresponding to the year 2020 that was extended to some months of 2021 due to the presence of the COVID-19 pandemic. Likewise, reference is made to the great challenge that was faced during the development of each rotation in the boarding school, the difficulties that arose, as well as the organizational change that was carried out so that in the face of adversity the stage of the internship due to the importance it has as part of the academic training for all doctors.

The clinical cases were chosen based on how common the pathology may be within each Medical speciality, as well as because they were cases that captured the attention of the researcher due to their complexity.

The main purpose of the development of the medical internship is to be able to acquire competencies in the area of clinical practice, ranging from the construction of the doctor-patient relationship, an adequate development of a medical interview, the preparation of an optimal clinical history that integrates information necessary to define a possible diagnoses, as well as the development of criteria to request complementary exams, if necessary, that is useful as diagnostic support; to finally propose a treatment and define a prognostic for the patient.

INTRODUCCIÓN

El Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara (CMST) es una Institución Prestadora de Servicio de Salud de Nivel III ubicada en la Provincia Constitucional del Callao. Fue inaugurada el 4 de Julio de 1956 en virtud de la Resolución Suprema N°153 de fecha 12 marzo de 1952, durante la gestión ministerial del Vicealmirante Roque A. Saldías Maninat. (1)

El presente trabajo está orientado en la experiencia adquirida durante la práctica clínica realizada en el Centro Médico Naval “CMST” durante el periodo del Internado médico que corresponde al 7mo y último año de la carrera de Medicina Humana. El cual tiene como objetivo mostrar casos clínicos representativos que significaron de experiencia para el interno de medicina y que ayudaron a poner en práctica conocimientos adquiridos durante el periodo de rotación en los servicios de Medicina Interna, Ginecología, Pediatría y Cirugía General.

El desarrollo del Internado Médico es de vital importancia en nuestra formación médica-profesional, debido a que nos ayuda a consolidar los conocimientos teóricos adquiridos en los primeros años de carrera y ponerlos en práctica. Este proceso se vio afectado ante el desarrollo de la pandemia del COVID-19, la declaratoria de emergencia y orden de confinamiento, debido a que causó la suspensión temporal de las prácticas hospitalarias afectando de esa manera el proceso de aprendizaje práctico además del acceso limitado a diversas áreas hospitalarias que fueron designadas para zonas de aislamiento para pacientes con COVID-19.

CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El periodo del Internado Médico corresponde a lo denominado como práctica preprofesional, el cual permite al estudiante de medicina humana que cursa el último año de su carrera, la consolidación de conocimientos teóricos extrapolados hacia la práctica clínica dentro de lo que corresponde la labor médica, permitiendo al Interno de Medicina adquirir y desarrollar competencias a nivel clínico como lo son: recolección de información de los pacientes durante la entrevista médica, la confección de las historias clínicas, integración sindrómica que le permitan luego la identificación de los diagnósticos posibles, desarrollo de criterios para el uso de herramientas como exámenes auxiliares para el apoyo diagnóstico; y así mismo como la conducta a seguir para un plan terapéutico correcto, finalmente darle seguimiento a la evolución de los casos y poder definir el pronóstico para el alta hospitalaria del paciente; a la par de la comunicación continua con ellos y sus familiares. (2)

Durante la rotación en las áreas de Medicina Interna, Ginecología, Pediatría y Cirugía General, a pesar de una condición limitada debido a la pandemia, se logró consolidar conocimientos teóricos a través de la práctica clínica de patologías frecuentemente clásicas en cada área o algunas patologías que debido a su complejidad pudieron haber captado la atención. Dentro de ellas se procederá a relatar los siguientes casos clínicos según especialidad:

➤ CIRUGÍA

1. CASO CLINICO N°1: TROMBOSIS DE ARTERIA MESENTÉRICA.

Paciente de sexo femenino de 61 años, con antecedente de Hipertensión Arterial desde hace 3 años actualmente en tratamiento. Además, agrega haber sido diagnosticada de “colelitiasis aguda” tras haber presentado en anteriores oportunidades episodios de dolor abdominal tipo cólico que la hicieron acudir a emergencia desde hace 2 meses, dichos dolores ocurrían tras ingesta de comidas con alto contenido graso y cedían con la colocación de antiespasmódicos recetados en la emergencia, donde también se le realizó un estudio ecográfico el cuál confirmó su diagnóstico. Desde aquella oportunidad paciente refiere consumir dietas blandas hasta poder programar intervención quirúrgica; sin embargo, actualmente acude a emergencia refiriendo dolor abdominal difuso de intensidad 9/10, asociado a náuseas y vómitos en múltiples oportunidades (> 6 ocasiones hasta el ingreso) que al inicio suele ser de contenido alimentario y que posteriormente se vuelven de contenido amarillento-bilioso, niega sensación de alza térmica (SAT).

Examen físico:

- Funciones Vitales: Frecuencia Cardíaca: 102 lat./min. Sat.O2: 99%, T°: 36.8°C Hemoglucofite: >200.
- Aspecto general: paciente con facie y postura dolorosa. En aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación.
- Peso: 100 Kg. Talla: 1.62 cm.
- Piel: Tibia, sudorosa, elástica. Llenado capilar < 2 seg.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax. No estertores audibles.

- Ap. Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad. No soplos.
- Abdomen: globuloso, panículo adiposo aumentado en cantidad de distribución centrípeta. Ruidos hidroaéreos disminuidos en intensidad y frecuencia. Dolor a la palpación profunda en hemi-abdomen izquierdo, epigastrio e hipocondrio derecho. Punto doloroso Murphy dudoso (+/-).
- G-U: PPL (-) y PRU (-)
- Sistema Nervioso: paciente despierta, localizado en tiempo, espacio y persona. Escala de Glasgow 15/15. Reflejos osteotendinosos (ROT): normales. Pupilas isocóricas, foto reactivas.

DIAGNÓSTICO DE INGRESO:

1. Síndrome doloroso abdominal a descartar:
 - colecistitis aguda calculosa
 - pancreatitis aguda
 - Íleo biliar
2. Hipertensión arterial en tratamiento
3. Diabetes descompensada a descartar diabetes mellitus tipo 2
4. Obesidad Mórbida.

PLAN:

Paciente pasa al área de observación se indica hidratación intravenosa, analgésicos (Tramadol), y antieméticos (dimenhidrinato) por vía intravenosa. Así mismo, se solicita análisis prequirúrgicos: Hemograma, glucosa, urea, creatinina, Bilirrubinas Totales y Fraccionadas, Fosfatasa Alcalina, GGTP, Amilasa y Lipasa, Grupo y Factor RH, Tiempo de Coagulación y Sangría, sedimento de Orina. Rayos X simple de Abdomen de pie y decúbito. Se solicita interconsulta al servicio de cardiología para Riesgo Quirúrgico. Se realiza trámites para hospitalización.

EVOLUCIÓN 1: Paciente a pesar de colocación de analgésicos persiste con dolor y náuseas. Se evidencia glucosa mayor a 200. Paciente niega haber sido diagnosticada de Diabetes. Se hace interconsulta al servicio de Endocrinología. Y se indica colocación de 4 UI de Insulina R. Y control de glucosa en 2 horas posteriores a la colocación. En los demás exámenes auxiliares: se evidencia en hemograma leucocitos en 17 mil y segmentados en 82%, glucosa persiste por encima de 200. Cuenta con ecografía donde se evidencia vesícula de pared delgada con cálculo de 11 cm en bacinete, colédoco de 6 mm. No dilatación de vías biliares.

EVOLUCIÓN 2: Tras 2 horas, paciente refiere que dolor abdominal persiste, en cuanto a la intensidad refiere una disminución leve de 7/10 en Escala de Dolor (EVA), además se evidencia en HGT: glucosa por encima de 200 mg/dl. Servicio de anestesiología evalúa a paciente y decide no dar pase a sala de operaciones (SOP) hasta regularización de glucosa y optimización de manejo del dolor.

EVOLUCIÓN 3: 6 horas después, paciente se le administra analgésico más potente, controlándose mejor el dolor. Con HGT en 180mg/dl se decide ingresar a paciente a Sala de Operaciones (SOP).

INFORME OPERATORIO:

Previa asepsia y antisepsia, se ingresa por vía laparoscópica mediante puertos de entrada de trocares, se evidencia vesícula de pared íntegra, delgada con múltiples litos de 5 mm en su interior, no dilatación de conductos biliares, se realizó la extracción de la vesícula. Posteriormente se observa líquido libre inflamatorio de aproximadamente 400 cc en cavidad por lo que se decide realizar exploración donde se evidencia segmento intestinal isquémico

(imagen 1), se decide conversión a laparotomía para identificar región trombosada comprometida la cual correspondía a segmento de yeyuno en aprox. sus 30 cm distales y toda la extensión de segmento ileal hasta 2 cm antes de la válvula ileo-cecal (Imagen 2 y 3); se realizó resección de segmento yeyuno-íleon y anastomosis primaria latero-lateral por trombosis hallada en rama de arteria mesentérica que irriga segmento yeyunal, así mismo se colocó 4 dren pen rosse (DPR).

DIAGNÓSTICO POST OPERATORIO:

1. Post operada de litiasis vesicular por COLELAP (colecistectomía laparoscópica)
2. Post operada de laparotomía exploratoria + resección de segmento yeyuno-íleon + anastomosis primaria latero-lateral (L-L) por trombosis mesentérica de segmento yeyunal.
3. Hipertensión arterial en tratamiento
4. Diabetes Mellitus tipo 2 en tratamiento.
5. Obesidad mórbida.

EVOLUCIÓN POST OPERATORIA:

Paciente con evolución favorable, se hace interconsulta a unidad de nutrición para asesoría y recomendaciones y control por consultorio externo de Endocrinología para control de Diabetes y Síndrome metabólico.

2. CASO CLÍNICO N°2: VÓLVULO DEL CIEGO.

Paciente varón de 81 años con antecedente de fibrosis pulmonar. Es traído a la emergencia por familiar, refiriendo náuseas, vómitos fecaloideos, dolor abdominal intenso desde hace aproximadamente 5 horas antes del ingreso. Niega cirugías anteriores. Familiar agrega que paciente presenta disminución del apetito desde hace aproximadamente 5 días antes del ingreso.

Funciones Biológicas: Deposiciones: 1 en poca cantidad, de característica blanda un día antes del ingreso.

EXAMEN FÍSICO:

- Funciones Vitales: Frecuencia Cardíaca: 60 lat./ min. Sat.O2: 93%
- Estado general: paciente afebril al examen, sudoración profusa, en aparente mal estado general, aparente mal estado nutricional.
- Piel: tibia, poco humectada. Llenado capilar menor 2 segundos.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa disminuido en bases. Se ausculta roncales gruesos difusos, crépitos y subcrépitos.
- Abdomen: distendido. Ruidos hidroaereos disminuidos. Doloroso a la palpación profunda a predominio de hemiabdomen derecho.

DIAGNÓSTICO DE INGRESO:

1. Síndrome doloroso abdominal a descartar: Abdomen Agudo Quirúrgico por:
 - Obstrucción intestinal
 - Vólvulo intestinal
2. Fibrosis pulmonar por antecedente

3. Adulto mayor frágil

PLAN:

Se indica analgesia, hidratación endovenosa (EV). Se le solicita Rayos X de abdomen simple de pie como emergencia y exámenes de laboratorio: hemograma, Procalcitonina, proteína C reactiva (PCR), sedimento de orina, glucosa, urea, creatinina grupo y factor sanguíneo, Tiempo de Coagulación y Sangría, proteínas totales y fraccionadas (por riesgo de dehiscencia en el adulto mayor), y se interconsulta con el servicio de cardiología para Riesgo Quirúrgico (RQ).

EVOLUCIÓN: Se evidencia en Radiografía de abdomen: dilatación de asas intestinales a nivel de cuadrante superior izquierdo (Imagen 4). Resultado del Hemograma: se evidencia leucocitosis sin desviación izquierda. Además de presentar hipoalbuminemia leve.

DIAGNÓSTICO:

1. Abdomen Agudo quirúrgico a descartar
 - Obstrucción intestinal
 - Vólvulo intestinal
2. Fibrosis pulmonar
3. Hipoalbuminemia Leve
4. Adulto Mayor frágil

PLAN:

Debido a que el hallazgo corresponde a un abdomen agudo quirúrgico y a la probabilidad de que se esté frente ante un vólvulo intestinal se decide ingreso a Sala de Operaciones (SOP) para una Laparotomía Exploratoria y descompresión mediante colocación de sonda nasogástrica (SNG) intra-SOP.

Se informa a familiares sobre el pronóstico del paciente debido a su edad, y antecedente de fibrosis pulmonar poseía alto riesgo de mortalidad intraoperatoria.

INFORME OPERATORIO:

Paciente ingresa a SOP, previa preparación asepsia y antisepsia se coloca campos estériles y se realiza laparotomía exploratoria donde se evidencia presencia de vólvulo en ciego rotado en sentido antihorario con compromiso de segmento distal de íleon; se procede a la devolvulación del segmento comprometido y descompresión mediante colocación de SNG para vaciamiento gástrico- intestinal. Posteriormente se le realiza una ileostomía debido al alto riesgo de recurrencia del cuadro. También se decide realizar apendicectomía profiláctica para evitar riesgo de desarrollo de patología apendicular posterior a la cirugía tras compromiso de la irrigación en dicha zona causado por el cuadro de volvulación en ciego.

DIAGNÓSTICO POST CIRUGÍA:

1. Post operado de laparotomía exploratoria por obstrucción intestinal debido a vólvulo de ciego portador de ileostomía + apendicectomía profiláctica.
2. Hipoalbuminemia leve
3. Fibrosis pulmonar por historia clínica.
4. Adulto mayor frágil

EVOLUCIÓN POST OPERATORIA:

Paciente presenta cicatriz operatoria vertical a nivel supra e infraumbilical, afrontada con sutura surget simple continua, sin signos de flogosis en área circundante, ni evidencia de secreción cubierta con gasas y esparadrapo. Portador de bolsa colectora de ileostomía con contenido amarillo-verdoso semilíquido en región de cuadrante inferior derecho.

Se hace interconsulta al servicio de Nutrición para recomendaciones y se decide inicio de tolerancia oral a paciente el cual presenta evolución favorable.

➤ **GINECO-OBSTETRICIA:**

1. CASO CLÍNICO 3: PRE-CLAMPSIA.

Paciente mujer de 31 años primigesta de 38 semanas de gestación acude a emergencia refiriendo dolor en epigastrio de intensidad 6/10 tipo opresivo asociado a cefalea 4/10, niega tinnitus, niega escotomas, niega sangrando, ni pérdida del tapón mucoso. Refiere percibir movimientos fetales.

ANTECEDENTES:

- G1P0000
- Enfermedades de Transmisión Sexual: niega
- Andría: 2
- Controles Pre-natales (CPN): > 6
- Exámenes Serológicos: negativos.

EXAMEN FÍSICO:

- Funciones Vitales: Frecuencia Cardíaca: 93 lat./min
Frecuencia Respiratoria: 16 resp./min Presión Arterial: 165/90 mmHg
- Aspecto general: Aparente Regular Estado General (AREG), Aparente Regular Estado de Hidratación (AREH), Aparente Regular Estado de Nutrición (AREN).
- Piel: tibia, humectada, elástica. Presencia de edema en miembros inferiores con fóvea ++/+++.

- Tórax y Pulmones: Murmullo Vesicular (MV) pasa bien por ambos Hemitórax. No se auscultan estertores.
- Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos (RHA) presentes y propulsivos.
- Útero: grávido. Altura Uterina (AU): 36 cm.
Situación Presentación y Posición (SPP): Longitudinal cefálico izquierdo (LCI). Se perciben movimientos fetales. LCF: 147 x min.
- Aparato reproductor: Tacto Vaginal: Orificio Cervical Interno (OCI): cerrado. No presenta evidencia de sangrado.
- Sistema Nervioso: Paciente Localizado en tiempo, espacio y persona (LOTEP), con escala de Glasglow 15/15. Reflejos Osteotendinosos (ROT): normales.

DIGNÓSTICO DE INGRESO:

1. Primigesta de 38 semanas por Ecografía de 1er trimestre.
2. Síndrome Hipertensivo del embarazo a descartar:
 - Pre-clamsia
 - Síndrome De Hellp

PLAN:

Se solicita hemograma, TGO (Transaminasa Glutámico Oxalacética), TGP (Transaminasa Glutámico Piruvica), proteínas en orina, Tiempo de coagulación y sangría, glucosa, urea, creatinina, y sedimento de orina. Perfil de bienestar fetal. Paciente ingresa al área de observación para monitorización materna-fetal.

EVOLUCIÓN: Se tiene resultados de laboratorio donde se encuentra presencia de proteínas en orina > 300 mg, resto de los

exámenes dentro de los parámetros normales. Presión arterial persiste alta.

PLAN:

Se le indica a la paciente Nifedipino

Tratamiento preventivo con sulfato de magnesio al 20% se coloca 4 gr en bolo intravenoso y luego 1 gr cada hora hasta las 24 horas del post parto.

Iniciar inducción de trabajo de parto: se inicia con maduración cervical con misoprostol y posteriormente colocación de oxitocina.

EVOLUCIÓN: Tras 8 horas se inicia labor de trabajo de parto en fase activa nace producto único activo de 39 semanas por capurro.

EVOLUCIÓN POST PARTO:

Evolución materna post parto: madre con Presión arterial en 120/80 mmHg con resto de funciones vitales estables.

2. CASO CLÍNICO 4: ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA (EPI)

Paciente mujer de 21 años con tiempo de enfermedad de 8 horas aproximadamente, sin antecedente de importancia, acude a la emergencia refiriendo dolor abdominal intenso en fosa iliaca derecha, asociado a fiebre y malestar general, además de hiporexia desde hace 2 días y sensación de náuseas. Niega migración de dolor.

EXAMEN FÍSICO:

- Funciones Vitales: T: 38.3°C FC: 108x FR: 16 x
- Piel: caliente, humectada, elástica. Llenado capilar menor de 2 seg.
- Tórax y Pulmones: Murmullo Vesicular pasa bien por ambos hemitórax. No estertores

- Aparato Cardiovascular: Ruidos cardíacos taquirritmos de buena intensidad. No soplos.
- Abdomen: excavado, Ruidos hidroaéreos propulsivos. Al tacto: blando, depresible y doloroso a la palpación profunda en región de ambas fosas iliacas con predominio de fosa iliaca derecha (FID). Signo de Mc Burney positivo. Signo de Rumberg dudoso.
- Sistema Nervioso: Paciente el localizado en tiempo, espacio y persona (LOTEP), con escala de Glasglow 15/15. No presenta signos meníngeos ni de focalización.

DIAGNOSTICO DE INGRESO:

1. Síndrome doloroso abdominal a descartar:

- Apendicitis aguda
- Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)
- Embarazo ectópico roto

PLAN:

Pasa a observación a cargo del servicio de cirugía para descarte de apendicitis aguda, se le solicita hemograma, glucosa, urea, creatinina, grupo y factor, tiempo de coagulación, sangría, dosaje de subunidad Beta (B-hCG), se solicita riesgo cardiológico.

EVOLUCIÓN: Resultados de exámenes de laboratorio se evidencia leucocitosis sin desviación izquierda, resto de exámenes normales. Ante la duda diagnóstica se decide solicitar TAC abdominal. Dicha TAC abdominal no se evidencia alteraciones en área apendicular, pero se evidencia liquido libre en fondo de saco de Douglas. Por lo que se solicita interconsulta al servicio de Ginecología.

PLAN:

Interconsulta al servicio de Ginecología:

Paciente refiere haber presentado desde hace 2 meses flujo vaginal verdoso-amarillento de moderada cantidad, más escozor en área genital que cedía luego de duchas vaginales.

ANTECEDENTES:

- Última relación sexual (URS): hace 12 días.
- Método anticonceptivo: parche dérmico.
- Fecha de última regla (FUR): hace 2 semanas antes del ingreso
- G1 P0010.
- Enfermedades de Transmisión Sexual: niega
- Andría: 3

EXAMEN FISICO DIRIGIDO:

- Tacto Vaginal: se evidencia flujo vaginal amarillo-verdoso en moderada cantidad. Área genital eritematosa. Dolor intenso a la movilización cervical a predominio de lado derecho.

ESTUDIO DE IMAGEN:

Se le realizó ecografía transvaginal (ECO-TV): donde se evidencia presencia de líquido libre en fondo de saco de Douglas y engrosamiento de la pared de la trompa uterina.

DIAGNÓSTICO INGRESO:

1. EPI ESTADIO II (estadio de Monif)

PLAN:

Se indica hospitalización para tratamiento intravenoso con Clindamicina 900 mg intravenosa cada 8 horas, más gentamicina en dosis de carga 2/mg/kg y luego 1.5 mg/kg cada 8 horas. Y por vía oral se indica doxiciclina 100 mg cada 12 horas

EVOLUCIÓN 1: Paciente sin presencia de cuadros febriles tras 48 horas de iniciado tratamiento intravenoso por lo que se decide iniciar terapia antibiótica por vía oral hasta completar tratamiento por 14 días.

EVOLUCIÓN 2: Fue dada de alta con indicaciones y evolución favorable.

➤ **MEDICINA INTERNA:**

1. CASO CLINICO 5: TBC PLEURAL

Paciente varón de 20 años el cuál refiere que desde hace 4 meses inicia con cuadro febril asociado a baja de peso por lo que acude a sanidad de su base donde le indican antipiréticos para controlar fiebre. 8 horas antes del ingreso debido a la persistencia de síntomas, además de agregarse sensación de falta de aire y dolor torácico tipo hincada a la inspiración profunda, se le solicita un estudio de Rayos X de tórax el cual se evidenció signos de derrame pleural izquierdo por lo que es referido a emergencia de hospital naval para manejo. Además de lo anteriormente mencionado paciente refiere haber tenido contacto con compañeros de base quienes hace algunos meses fueron diagnosticado con TBC pulmonar y actualmente reciben tratamiento.

EXAMEN FÍSICO:

- Funciones Vitales: T°: 36.8°C, FC: 84 lat./min Frecuencia respiratoria: 26 resp/ min Presión Arterial: 110/70 mmHg
- Piel: tibia, humectada, elástica. Llenado capilar menos de 2 seg.
- Tórax y pulmones: Murmullo Vesicular abolido en base de hemitórax izquierdo. No se auscultan estertores.

- Ap. Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad. No soplos.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, abdomen blando, depresible. No doloroso a la palpación.
- Ap. Genito-Urinario: PPL (-) PRU (-)
- Sistema Nervioso: paciente despierto, ubicado en tiempo, espacio y persona. Presenta escala de Glasgow 15/15. No se evidencia signos meníngeos ni de focalización.

DIAGNÓSTICO DE INGRESO:

1. Derrame Pleural izquierdo a descartar:
 - Derrame por TBC pleural
 - derrame paraneumónico.

PLAN:

Se le solicita BK en esputo seriado por 3, hemograma, Proteína C Reactiva (PCR), y procalcitonina.

EVOLUCIÓN 1: Se evalúa resultados de Rayos X torácica se evidencia líquido en espacio pleural de > 100 cc.

Debido a que el paciente es personal militar en actividad y con motivo de ampliar estudios médicos se decide su hospitalización para diagnóstico y manejo.

Se interconsulta al área de Neumología, ellos indican toracocentesis terapéutica y diagnóstica para estudio de líquido en pleura. Se realiza toracocentesis y se envía muestra de líquido pleural para estudio donde se solicita: análisis citológico, bioquímico, tinción Gram, BK y cultivo. Así mismo se solicita en sangre dosaje de proteínas totales y fraccionadas, y DHL.

Por criterio de experto y debido a las características físicas del líquido pleural extraído en la toracocentesis se decide iniciar tratamiento anti-TBC con Esquema Básico (2HREZ/4HR) por un

periodo de 6 meses. Además de agregar a la muestra extraída en toracocentesis, una prueba de sensibilidad tipo MOODS.

El resultado de baciloscopia (BK) en esputo fue BAAR NEGATIVO.

EVOLUCIÓN 3: El resultado citológico, bioquímico y BK del estudio de líquido pleural mostró un líquido de coloración amarillento-citrino, se hizo cálculo de la relación entre deshidrogenasa (DHL) en pleura y suero siendo mayor a 0.6 y la relación en proteínas en suero y en líquido pleural fue mayor a 0.5 lo cual nos evidencia q nos encontramos ante un líquido de tipo exudado, glucosa < 40, ADA > 45, pH bajo, linfocitos elevados a predominio mononuclear. Lo cual nos orienta a que el derrame corresponde a un derrame por TBC.

DIAGNÓSTICO DE EGRESO:

1. Derrame Pleural izquierdo por TBC extrapulmonar.

EVOLUCIÓN 4: Paciente con resultado de la Prueba de Sensibilidad tipo Moods muestra ser sensible al esquema básico de los medicamentos Anti-TBC por lo cual se decide continuar con esquema dado inicialmente. Posteriormente el esquema fue ampliado algunos meses más a criterio del experto por presentar otros episodios del cuadro. Tras casi 12 meses paciente fue dado de alta con controles posteriores.

2. CASO CLÍNICO 6: HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA)

Paciente varón de 37 años, con antecedente de haber sido diagnosticado de “gastritis aguda” hace 3 años e irregular en tratamiento indicado. Acude a emergencia refiriendo que desde hace 1 semana presenta ligero dolor a nivel del epigastrio que solía ceder con la ingesta de alimentos. Actualmente refiere presentar heces de color negro desde hace 2 días, además de cursar con

cansancio excesivo, sensación de debilidad, y sudoración profusa. Niega fiebre, náuseas o vómitos.

EXAMEN FÍSICO:

- Funciones Vitales: T: 36.6°C Presión Arterial: 100/60 Frecuencia Cardíaca: 105 lat./min
- Piel: palidez de ++/+++; tibia, humectada.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax. No estertores.
- Ap. cardiovascular: Ruidos cardíacos taquirrítimicos de buena intensidad. No soplo.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes. Abdomen blando, depresible. Doloroso a la palpación profunda en zona de epigastrio e hipocondrio izquierdo. No se evidencia signos de irritación peritoneal.
- Ap. Genito-urinario: PPL (-) PRU (-)
- Sistema Nervioso: paciente localizado en tiempo, espacio y persona. Escala de Glasgow 15/15.

DIGNÓSTICO DE INGRESO:

1. Hemorragia Digestiva Alta (HDA) por gastritis crónica a descartar:
 - úlcera duodenal
 - úlcera gástrica
 - várices esofágicas

PLAN:

Se le permeabiliza al paciente vía periférica, se le indica NaCl 0.9% con dextrosa 20% a chorro, omeprazol intravenoso 80 mg en bolo y posteriormente 8 mg/hora en infusión continua.

Se le solicita exámenes de laboratorio hemograma, glucosa, urea, creatinina, RX simple de abdomen, Grupo y factor RH, perfil de coagulación y sangría.

EVOLUCION 1: Paciente con Funciones vitales estables. Se obtiene resultados de exámenes solicitados hemograma con Hemoglobina en 10 mg/dl y leucocitos dentro de los parámetros normales. Rayos X simple de abdomen sin alteraciones. Resto de exámenes no contributorios.

Se envía Interconsulta al servicio de Gastroenterología, la cual indica Videoendoscopia digestiva alta (VEDA) para al día siguiente del ingreso.

EVOLUCIÓN 2: Paciente con Funciones vitales estables. Se procede a realizar VEDA, la cual evidencia 2 úlceras a nivel de duodeno la cual una se encuentra con tejido de granulación y fibroso no signos de sangrado y segunda úlcera con presencia de coágulo que al retirarlo presenta leve sangrado que se limita, se procede a cauterizar. Según la clasificación de Forrest se le clasifica NIVEL IIb. Debido al riesgo BAJO-INTERMEDIO de resangrado se decide indicar OMEPRAZOL por vía oral, ALTA PRECOZ y control por consultorio externo al servicio de gastroenterología.

DIAGNÓSTICO DE EGRESO:

1. HDA por ÚLCERA PÉPTICA Forrest IIb en tratamiento.

EVOLUCIÓN: No sangrado activo. Evolución favorable. Paciente fue dado de alta con indicaciones médicas: Inhibidor de bomba de protones como Omeprazol 40 mg 1 tableta cada 24 horas (ingerir 30 minutos antes del desayuno) por 3 meses más sucralfato en jarabe 5 ml 4 veces por día antes de cada alimento y antes de acostarse. Control por consultorio externo con resultados de biopsia.

➤ PEDIATRÍA

1. CASO CLÍNICO 7: SEPSIS NEONATAL

Paciente Recién nacido (RN) varón Pretérmino (PT) de 36 semanas por Capurro. Nacido por parto eutócico. Hijo de madre adolescente con pobres controles Prenatales y episodio de infección de tracto urinario (ITU) en el III trimestre, el cual refiere no haber sido tratada debido a que los análisis se los realizó de rutina y no los mostró a médico durante su control virtual aduciendo no haber presentado molestias urinarias.

EXAMEN FÍSICO:

- Cabeza: Normocéfalo. fontanela normotensa.
- Piel: tibia, elástica. Llenado capilar < 2 segundos.
- Tórax y pulmones: Murmullo Vesicular pasa bien por ambos hemitórax. Se auscultan roncales difusos en ambos hemitórax más la presencia de taquipnea.
- Ap. cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad.
- Abdomen: batraciano. Ruidos hidroaéreos presentes. Abdomen blando, depresible. Presencia de rezago de cordón umbilical clampado y cubierto con gasa. No se evidencia secreción a través de ella. No signos inflamatorios circundantes.
- Ap. Genito urinario: genitales masculinos. Se evidencia secreción de meconio en pañal.
- Sistema Nervioso: paciente con tendencia al sueño. signo de moro: presente. Reflejo de succión: presente. Y reflejo de prensión: presente.

DIAGNÓSTICO:

1. RN PT varón de 36 semanas por capurro.
2. AEG
3. Distress respiratorio a descartar Enfermedad de Membrana Hialina
4. Sospecha de sepsis neonatal

PLAN:

Debido a que se encuentra dentro del periodo de reactividad se decide monitorizar Frecuencia Respiratoria y saturación. Mientras por la presencia de los factores de riesgo se le solicita al recién nacido hemograma, proteína C reactiva (PCR) y procalcitonina y una radiografía de tórax.

EVOLUCIÓN: Teniéndose un resultado del hemograma donde se muestra leucopenia, se hace el cálculo de relación serie inmaduros y segmentados totales (I/T) siendo mayor a 2 y un Proteína C Reactiva (PCR) elevado al igual que los valores de Procalcitonina, se decide inicio de terapia antibiótica empírica, pero antes se le extrae una muestra para HEMOCULTIVO.

Se evidencia en RX de tórax: de aspecto normal.

PLAN:

Luego de la obtención de muestra sanguínea para hemocultivo se inicia tratamiento antibiótico empírico con Ampicilina 50 mg/Kg/dosis cada 12 horas más Gentamicina 4 mg/Kg/ dosis cada 24 horas por vía intravenosa. RN pasa a la unidad de cuidados intermedios para monitorización de funciones vitales.

DIAGNÓSTICO:

1. RN PT varón de 36 semanas por capurro
2. Adecuado para la edad gestacional (AEG)

3. Probable Sepsis neonatal en tratamiento empírico.

EVOLUCIÓN 1: Paciente con funciones vitales estables con resultado de Hemocultivo NEGATIVO. Normalización de la Frecuencia Respiratoria. Es dado de alta del área de neonatología al terminar el tratamiento ATB.

DIAGNÓSTICO DE EGRESO:

1. RN PT varón de 36 semanas por capurro
2. Adecuado para la Edad Gestacional (AEG)
3. Sepsis Clínica tratada.

2. CASO CLINICO 8: BRONQUIOLITIS

Paciente lactante de 7 meses es traído por la madre a emergencia debido a que presenta respiración rápida, tos exigente, y disminución del apetito. Madre agrega que hace 3 días paciente presentó cuadro de estornudos, fiebre, secreción nasal, fue tratado en posta cercana a su casa con el diagnóstico de rinofaringitis aguda por lo que le indicaron medicamentos sintomáticos. Sin embargo, paciente persistía con rinorrea además de agregarse episodios de tos exigente desde 1 día antes del ingreso, sensación de alza térmica no cuantificada, niega vómitos, pero si disminución del apetito, el día de hoy nota respiración rápida, dificultad para respirar y coloración azul en labios por lo que acude a emergencia.

EXAMEN FÍSICO:

- Funciones Vitales: Sat.O2: 87% Frecuencia Respiratoria: 46 resp./min
- Piel: tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar de 2 segundos. Cianosis perioral al llorar.

- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax. Se auscultan sibilantes difusos en ambos hemitórax pero a predominio de lado derecho asociado a crépitos. Se observa tirajes subcostales e intercostales.
- Ap. Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad. No soplos.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes. Abdomen blando, depresible a la palpación. No se evidencia signos de dolor.
- Ap. Genito-urinario: genitales masculinos. Sin alteraciones.
- Sistema Nervioso: paciente despierto e irritable. Activo ante estímulos externos.

DIAGNÓSTICO DE INGRESO:

1. Síndrome Obstructivo Bronquial a descartar
 - Bronquiolitis
 - Neumonía atípica
 - Asma del lactante

2. Rinofaringitis Aguda.

PLAN:

Se decide hospitalización

Paciente se le solicita Radiografía de tórax, hemograma, Procalcitonina, Proteína C reactiva (PCR).

Se inicia NBZ con NaCl 0.9% e Hidratación intravenosa.

EVOLUCIÓN 1: se obtiene imagen de Radiografía de tórax el cual nos evidencia lateralización de parrillas costales, signo de atrapamiento aéreo, y reforzamiento de ramas hiliares. No se evidencia signos de consolidación. Score de Bierman y Person que nos muestra una puntuación en 7 (MODERADA).

EVOLUCIÓN 2: Se evidencia disminución de los tirajes, saturación mejora a 98% con mascara simple. Atenuación de los sibilantes en ambos hemitórax

.

EVOLUCIÓN 3: Paciente presenta mejoría del cuadro, SatO2 en 98% con CBN a 1 L. queda bajo observación en hospitalización por 2 días posteriormente fue dado de alta.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

La Dirección de Salud de la Marina (DISAMAR) es el órgano técnico normativo y administrativo que plantea, organiza, dirige y controla las actividades del sistema de salud de la marina. Su ámbito de responsabilidad comprende los establecimientos de salud naval (IPRESS) a nivel nacional, dentro de las cuales destaca el Centro Médico Naval Santiago Távara (CMST), que es un centro altamente especializado de Nivel III, por lo que es un centro de referencia para las IPRESS de primer nivel de atención de la marina como lo son: el Hospital de la Base Naval del Callao (PMUM), Policlínico Naval de San Borja, Policlínico Naval de Ancón, Clínica Naval de Iquitos y la Posta Naval de Ventanilla.

El Centro Médico Naval Santiago Távara (CMST) se encuentra ubicado en la Provincia Constitucional del Callao, en el Distrito de Bellavista. Tiene como objetivo brindar atención integral de salud de calidad a Personal Naval en actividad, personal en retiro y familiares derechohabientes contribuyendo al cumplimiento de los objetivos institucionales en el área de salud. (1)

Antes del desarrollo de la pandemia, el Internado Médico consistía en un periodo total de 12 meses de rotaciones en cuatro servicios que corresponden a: Medicina Interna, Ginecología, Pediatría y Cirugía General; así mismo dentro de las rotaciones de Medicina Interna se realizaban rotaciones en los servicios de Infectología, Geriátrica, Neumología-Tisiología y el servicio de hospitalización de Medicina Interna; mientras que dentro del periodo de rotación en el servicio de Cirugía General se contaba con rotaciones en los servicios de Traumatología y Urología. Cada rotación duraba un periodo de 3

meses además de las guardias programadas según cada servicio y se realizaban en el área de emergencia del hospital.

Tras el desarrollo de la pandemia del COVID-19, la declaratoria del estado de emergencia y orden de confinamiento el 15 de marzo del 2020, los internos de medicina humana sujeto a órdenes de la Asociación de Facultades de Medicina (ASPEFAM) y en coordinación con nuestras casas de estudio fueron suspendidas las labores de prácticas hospitalarias en salvaguarda de nuestra integridad y la de nuestras familias hasta que las condiciones sean óptimas, teniendo en consideración nuestra calidad de estudiantes aún.

Sin embargo, la suspensión temporal de las prácticas hospitalarias significó una afectación directa en el proceso de aprendizaje práctico hasta que éste fue reestablecido en meses posteriores.

El retorno de las prácticas hospitalarias para los internos de medicina fue progresivo en diferentes hospitales a partir del mes de Septiembre del año 2020, en el caso del Centro Médico Naval dicho retorno fue dado en el mes de Octubre del mismo año para lo cual de un total de 20 internos de cada rotación se subdividió en 2 grupos de 10 internos los cuales un primer grupo iniciaría sus prácticas hospitalarias en un período de 15 días de trabajo ininterrumpido mientras el segundo grupo tomaba 15 días de descanso para posteriormente de manera alternada asistir a las prácticas. Sin embargo, el acceso limitado a diversas áreas hospitalarias que fueron designadas para zonas de aislamiento para pacientes con COVID-19 resultó ser perjudicial en el aprendizaje debido a la reducción de áreas disponibles que nos permitieran conocer más casos clínicos sin poner en riesgo nuestra salud, asociado a los tiempos de rotación cortos, que comparado en condiciones normales antes de la presencia de la pandemia resulta ser desventajoso y casi un desafío para todos los internos de medicina en este año.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

La importancia de las patologías mostradas en cada caso clínico mencionados en el presente trabajo se debió a que algunas de ellas son patologías vistas de manera frecuente en cada servicio correspondiente y tiene una gran importancia diagnóstica porque al ser identificadas de manera oportuna conllevan a salvarle la vida a muchos pacientes, así mismo corresponden a casos muy representativos que captaron nuestra atención.

Dentro de los casos mencionados del servicio de cirugía se presentó el caso N°1 el cual correspondía a una paciente cuyo diagnóstico fue una Trombosis de la Arteria Mesentérica, sin embargo inicialmente debido al antecedente de coledocistitis aguda y asociado a la sintomatología descrita al ingreso de la emergencia, la cual correspondía a dolor abdominal, náuseas y vómitos descrita como sintomatología en diversas guías de manejo (4), nos apoyaba a un diagnóstico de Colecistitis Aguda calculosa, sin embargo lo que captaba más la atención era la intensidad del dolor, era un típico dolor de características desproporcionadas, muy relacionado a la isquemia de la arteria mesentérica, que no cedía con analgésicos que naturalmente podían calmar los dolores ocasionados por una colecistitis aguda (5); además la paciente demostraba estado de continuo estrés a través de glucosas elevadas > 200 mg/dl, que fue de difícil manejo y control a pesar de la instauración del tratamiento lo que hubiese afianzado la idea de otro cuadro de fondo distinto a la colecistitis aguda. Posteriormente con los exámenes de laboratorio viendo valores de Bilirrubinas normales, GGTP normal y Fosfatasa Alcalina ligeramente elevada, que, por su falta de especificidad, nos alejaba la idea de un cuadro obstructivo colestásico. También se descartó patología pancreática debido a que los valores de amilasa y lipasa se encontraban dentro de lo

normal también. Por último se pensó en el cuadro de íleo biliar muy sugerente a la clínica, debido a que en un primer momento por el antecedente de cálculos biliares se pensó que éste pudo haber migrado a través de un fístula previamente formada y haber causado una impactación a nivel de la válvula íleo-cecal, siendo justificado de que algunos síntomas clínicos que presentaba la paciente podrían ser atribuibles a un cuadro obstructivo como el dolor abdominal difuso, náuseas y vómitos sin embargo la presencia de ruidos hidroaéreos nos alejaba del cuadro clínico probable, que posteriormente fue descartado a través de una RX simple de abdomen debido a que no se encontraban signos sugestivos de íleo biliar (6). Por todo lo mencionado el diagnóstico según la parte clínica fue difícilmente identificable para hacernos llegar al diagnóstico real que fue establecido posteriormente dentro de Sala de Operaciones mediante una Laparotomía Exploratoria que se realizó debido a que no se encontraron hallazgos compatibles en vía biliar que explicaran el cuadro agudo de la paciente, además de encontrarse la presencia de líquido libre en cavidad. Al hacer la Laparotomía Exploratoria el cual permitió el hallazgo de la isquemia en las asas intestinales fue lo que ayudó a identificar de esa manera el diagnóstico definitivo.

En el caso N°2 visto en el servicio de cirugía se presenta un caso cuyo diagnóstico es Vólvulo en ciego en un paciente adulto mayor. La clínica inicial del paciente fue un síndrome obstructivo intestinal bajo debido a que presentaba dolor abdominal difuso, y la presencia de vómitos fecaloideos. En cuanto a las causas, teniendo en consideración en orden de frecuencia, se hubiese pensado en el caso de bridas y adherencias como primera alternativa, debido a que éstas representan un 50% de los casos y sobre todo en pacientes con antecedente de cirugías previas; además, considerando que suelen afectar más a asas delgadas que gruesas Por otro lado, si tenemos en consideración la edad del paciente podemos ampliar más las posibilidades de que se tenga como causa de la obstrucción la presencia de alguna neoplasia la cual representa en un 60% la causa más frecuente en casos de obstrucción en estos pacientes, seguido de la presencia de vólvulo intestinal que es responsable entre el 10 a 15% de los casos, debido a que es una patología

frecuente dentro del grupo etario del paciente y siempre se debe pensar como causa de oclusión o suboclusión intestinal en el adulto mayor (7). En cuanto a la localización del vólvulo, pensaríamos que lo más frecuente es que éste se encuentre localizado a nivel del sigmoides representando el 50 a 80% de los casos (8) sin embargo, ante la evidencia de la Radiografía simple de abdomen la presencia de asas gruesas distendidas en región de cuadrante superior izquierdo y la ausencia de aire en fosa iliaca derecha nos mostraba la probabilidad de que segmento comprometido sea el ciego y no el sigmoides. El vólvulo del ciego o vólvulo cecal ocurre sólo en un 10-52% de los casos, y se postula que una de las causas de una volvulación en el ciego es por la presencia de un ciego móvil congénito que ocurre por una fusión fallida del mesenterio del colon ascendente con el peritoneo parietal posterior; otra causa pueden ser anomalías anatómicas adquiridas que ocurren por la presencia de adherencias tras cirugías abdominales que pueden contribuir con el desarrollo de los vólvulos cecales (9). En el presente caso debido a la presencia de signos clínicos y por hallazgo en estudio de imágenes definiéndose como abdomen agudo quirúrgico se decidió ingresar a sala de operaciones con el fin de explorar la causa de la obstrucción intestinal y se hizo el hallazgo de la volvulación del ciego, confirmándose así el diagnóstico. Se procede a devolvular segmento del ciego comprometido y debido al alto riesgo de recurrencia del cuadro se realiza una ileostomía más apendicectomía profiláctica con el fin de evitar un segundo episodio de abdomen agudo quirúrgico tras la cirugía por probable compromiso de irrigación apendicular ocurrido durante la torsión del ciego.

Este caso nos muestra que siempre ante la presencia de un síndrome obstructivo de un paciente adulto mayor debemos sospechar que podemos estar frente a un vólvulo intestinal y que es de suma importancia el diagnóstico oportuno para evitar complicaciones como isquemia y necrosis del intestino para de esta manera poder considerar una mejor resolución del cuadro ya sea una devolvulación endoscópica si es en casos no graves o en pacientes estables u optar por una cirugía convencional pero que le permitan recuperar la mayor capacidad funcional al adulto mayor.

En el servicio de Gineco-Obstetricia se menciona al caso N°3 el cual corresponde a una paciente primigesta cuyo diagnóstico fue el de una preclamsia con signos de severidad. Este caso nos muestra la diversidad clínica que pueden presentar los pacientes y que no todos podrían presentar los síntomas o signos clínicos esperados los cuales deben ser minuciosamente revisados y observados para poder identificar oportunamente un posible riesgo, sobre todo en casos donde puede comprometer la vida tanto del bebé como la madre. En el presente caso la paciente acudió refiriendo un síntoma clínico único que fue el dolor abdominal a nivel de epigastrio el cuál refería que la incomodaba e impedía respirar con normalidad de tipo opresivo e intenso asociado a una ligera cefalea, lo que clínicamente nos hubiera llevado a pensar que se trataría de una dispepsia que es algo que podría ocurrir durante la gestación avanzada; sin embargo, el dolor al ser intenso llamaba mucho la atención. Así mismo la presencia de cefalea que si bien no era intensa no formaría parte del cuadro clínico. Y no fue hasta la realización del examen físico en el que se halla una presión arterial elevada a la paciente, asociado de ligero edema en miembros inferiores que podría hacernos sospechar del diagnóstico. Si bien la paciente negaba escotomas, tinnitus se decide solicitar de apoyo diagnóstico exámenes auxiliares, las cuales demostraron la presencia de proteinuria en orina lo que nos hizo confirmar el diagnóstico de preclamsia asociado a la clínica de cefalea a pesar de ser de intensidad leve, epigastralgia y la presión arterial elevada, se clasificó como preclamsia con signos de severidad (10). La paciente fue hospitalizada oportunamente y ya contando con 38 semanas de Edad Gestacional, se decide la inducción de trabajo de parto para evitar complicaciones, sin embargo, también se decide realizar profilaxis neuro-protectora para evitar el desarrollo de eclampsia por lo cual se decide dar Sulfato de Magnesio al 20%, se le coloca 4 gr en bolo por vía intravenosa y posteriormente dar dosis de mantenimiento hasta 24 horas posteriores al parto (11). La importancia del desarrollo de este caso en mención es poder identificar y descartar posibles riesgos del embarazo que comprometan la vida tanto del bebé como la de la madre. La preclamsia es una de las principales

causas de mortalidad materna en áreas urbanas y siempre debemos identificarlas, y tratarlas a tiempo.

El caso N°4 presentado corresponde a una paciente de 21 años cuyo diagnóstico fue Enfermedad Pélvica Inflamatoria, que inicialmente fue ingresada por emergencia a cargo del servicio de cirugía, debido a que los hallazgos iniciales hicieron pensar en un posible diagnóstico de Apendicitis aguda. Sin embargo, siempre se tuvo en mente en que uno de los diagnósticos diferenciales de este caso podría ser una Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI), así mismo otro diagnóstico posible podría ser un embarazo ectópico roto, entre otros. Según los criterios de la Escala de Alvarado la paciente presentaba una puntuación entre 4 a 6 puntos los cuales establecen una duda diagnóstica y se recomienda el estudio de una TAC Abdominal para confirmar el diagnóstico (12), dicho examen mostró que la estructura apendicular se encontraba dentro de los parámetros normales no se evidenciaba signos inflamatorios ni pared engrosada de apéndice lo cual hizo replantear los diagnósticos aunque sin excluirlo totalmente, motivo por el cual se decidió hacer una Interconsulta al servicio de Ginecología para descartar otros posibles diagnósticos, ginecología realizó anamnesis y examen físico exhaustivo el cual indicaba una posibilidad de que el diagnóstico éste enfocado en una Enfermedad Inflamatoria Pélvica debido a los hallazgos encontrados como el dolor anexial derecho tras el Tacto Vaginal y a la movilización cervical el cual fue posteriormente acompañado de una Ecografía Transvaginal, el cual evidenció signos inflamatorios compatibles con un cuadro de EPI que comprometía trompa derecha por lo que se establece diagnóstico y se inicia tratamiento intrahospitalario de antibioticoterapia intravenosa con antibióticos que cubran los gérmenes más comunes en EPI como lo son anaerobios, *Chlamydia trachomatis*, y *Gonococo* (*Neisseria Gonorrhoeae*) y otros gran negativos para los cuales se indicó Clindamicina que cubre gérmenes anaerobios y *tricomona vaginalis*, Gentamicina cubre a *gonococo* y *E.coli*, se agrega doxiciclina cuando se tolere la vía oral en caso la sospecha sea de que el causante sea *chlamydia*. Algunas guías americanas recomiendan el uso de Cefoxitina o Cefotetán más Doxiciclina por vía oral sin

embargo en nuestro medio la más usada es la combinación de clindamicina más gentamicina por vía intravenosa inicial y posteriormente a vía oral adicionando la doxiciclina. (13). La presentación de este caso nos muestra la importancia de los diagnósticos diferenciales ante la presencia de un cuadro clínico característico y a realizar un anamnesis y examen físico exhaustivo para poder hallar un diagnóstico certero de la patología presentada. EPI es una de las patologías más frecuentes en el medio y se debe tener presente siempre.

El caso clínico N° 5 correspondiente a la rotación de medicina interna, en donde se tiene a un paciente con diagnóstico de TBC pleural con un tiempo de enfermedad de 4 meses que inicia con síndrome febril y baja de peso, el paciente niega tos, sudoración nocturna. Inicialmente debido a sintomatología tan inespecífica fue tratado con sintomáticos que parecieron haber mejorado el cuadro sin embargo notaba baja de peso, al que meses más tarde se le agrega sensación de falta de aire y dolor torácico tipo hincada lo que lo motivaron a acudir a emergencia donde el diagnóstico además de la sintomatología clínica fue acompañado de una Rayos X de tórax simple en donde se evidencian signos de borramiento de ángulo costo-frénico izquierdo compatible con la presencia de un derrame pleural, sin embargo para saber la causa del derrame pleural se debió recurrir al antecedente epidemiológico del paciente, porque meses anteriores había tenido contacto con pacientes con diagnóstico de TBC pulmonar. Como se sabe la TBC es una patología frecuente en nuestro medio cuya afección primaria a nivel pulmonar suele ser la más frecuente y en donde los síntomas característicos son: tos, expectoración productiva, sudoración nocturna, baja de peso, presencia de adenopatías, fiebre por más de 15 días, (14) es lo que define a una persona sintomática respiratoria con sospecha de TBC pulmonar, el diagnóstico puede ser clínico y demostrarse al hacer un estudio de BK en esputo el cual si es que se hace hallazgo de la presencia de BAAR (bacilos ácido alcohol resistentes) es compatible con TBC pulmonar. Otro apoyo diagnóstico es dado por una RX de Tórax simple que nos podría evidenciar la presencia de una caverna tuberculosa en parénquima pulmonar la cual también es sugerente al

diagnóstico y es mayormente visto en la reactivación de TBC pulmonar, sin embargo debe tenerse en cuenta que se puede estar cursando con TBC y tener una Rx de tórax aparentemente normal, por lo que se cuenta con otro estudio de imagen más específico que es la TAC torácica que nos puede mostrar desde adenopatías hiliares, presencia de infiltrados o cavidades mucho más pequeñas que no son visibles en una Rx simple de tórax, nódulos solitarios o hasta derrames pleurales (15).

Sin embargo, el presente caso el paciente por la clínica que poseía no calzaba con los criterios para definirlo como un sintomático respiratorio, sin embargo, debemos tener presente que existen cuadros de TBC Extrapulmonar y dentro de ellos el segundo más frecuente es el que afecta al espacio pleural y ocasiona derrames pleurales, antecedido por la afectación ganglionar que es la primera en ser afectada en la presentación de TBC extrapulmonar.

Los síntomas de un derrame pleural tuberculoso pueden aparecer como en el caso, con sintomatología de fiebre, tos no productiva y el dolor pleurítico como el que presentó el paciente al llegar a emergencia. Generalmente los derrames pleurales por TBC suelen ser unilaterales siendo más común los del lado derecho en un 55%, sin embargo, el del presente caso el derrame pleural estuvo situado hacia el lado izquierdo. (16)

La presentación de este caso tiene como importancia mostrar la relevancia de conocer los factores epidemiológicos del paciente asociado a las manifestaciones clínicas para poder establecer un diagnóstico sobre todo en enfermedades infecto-contagiosas.

Para el caso N°6 se presenta a un paciente con el diagnóstico de hemorragia digestiva alta (HDA). En emergencia los casos de HDA corresponden a una patología bastante común y de gran importancia reconocerlo a tiempo para instaurar tratamiento y brindar soporte al paciente evitando de esta manera sus complicaciones.

Lo primero a evaluar en un paciente ante la sospecha de HDA es la estabilidad hemodinámica y se debe reanimar en caso se encuentre hemodinámicamente inestable.

Las manifestaciones clínicas que nos hacen evidenciar que nos encontramos frente a una HDA son aquellos pacientes que nos refieren hematemesis es decir vómitos sanguinolentos, o en borra de café y/o presencia de melena. La característica del sangrado nos ayuda a darnos una idea de la gravedad del sangrado siendo la presencia de una hematemesis francamente sanguinolenta una hemorragia moderada a grave mientras que la característica en borra de café nos sugiere una hemorragia un poco más limitada. Otra característica clínica que se halla es la presencia de melena (heces negras) y se observa con pérdidas sanguíneas variables. También podemos encontrar hipotensión ortostática en el paciente debido a la pérdida sanguínea además de ella, la frecuencia cardiaca tiende a aumentar, la hipotensión se hará más visible en la supinación cuando se haya perdido el 40% del volumen sanguíneo. Si bien el presente caso no presentaba hematemesis, lo que si menciona es presentar melena desde días anteriores al ingreso además de cansancio, fatiga. En cuanto a los signos vitales se encuentra al paciente taquicárdico y con tendencia a la hipotensión. El dato importante es que el paciente señala como antecedente haber sido diagnosticado de gastritis crónica sin tratamiento, lo cual nos hace pensar que es la causa del sangrado en la vía digestiva. Debemos recordar que dentro de las causas de HDA podemos tener la presencia de úlcera péptica, úlcera esofágica, desgarró en el síndrome de Mallory Weiss, hemorragia varicosa esofágica, o puede ser debido a la presencia de malignidad. (17). Pero como se menciona el paciente refiere haber sido diagnóstico de "gastritis" hace 3 años y no haber seguido el tratamiento lo que nos hace suponer de que si pensamos en la historia natural de la enfermedad es probable suponer que el sangrado proviene de la formación de una úlcera a nivel digestivo como consecuencia de la lesión continua del ácido gástrico estomacal ante un epitelio dañado y que sin ningún tratamiento adecuado evolucionó hasta volverse un sangrado activo que fue el causante del malestar general de paciente quien presentó síntomas de fatiga, debilidad, taquicardia y tendencia a la hipotensión ocasionado por el volumen de la pérdida sanguínea tras algunos días de evolución de la enfermedad y lo que motivó al paciente a acudir a la emergencia.

En el caso N°7 se presenta un caso representativo del servicio de neonatología de un Recién Nacido Pretérmino de 36 semanas cuya madre era adolescente y con pobres atenciones para sus controles prenatales. Es común en nuestro medio conocer casos como las gestaciones en adolescentes y debemos estar siempre atentos a estos casos por los riesgos que conlleva para el embarazo tanto por la inmadurez de la anatomía de una madre adolescente como por los problemas también para el recién nacido. Se sabe que los controles prenatales son importantes para conocer la evolución y crecimiento del feto y poder determinar factores de riesgo a tiempo, que puedan comprometer tanto la vida de la madre como la del recién nacido. En el presente caso se nos menciona a una madre adolescente con pobres controles prenatales (CPN) como se sabe la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que los controles prenatales requeridos para considerar una gestación con controles prenatales adecuados son de mínimo 8 controles los cuales pueden reducir las muertes perinatales hasta en 8 por cada 1 000 nacimientos comparado a solo 4 controles como se establecía anteriormente. (18). Sin embargo, la Norma Técnica Peruana establece que un adecuado control prenatal en gestantes de bajo riesgo son 6 controles prenatales mientras que, para gestantes de alto riesgo, como en este caso las madres adolescentes, el mínimo requerido son 7 controles como mínimo. (19). En el presente caso la poca cantidad de CPN hizo que no se pudiera determinar a tiempo una Infección de Tracto Urinario que presentó la madre durante el último trimestre, el cual supone un factor de riesgo potencial para el recién nacido, que asociado a otros factores de riesgo presentados fueron determinantes para que el producto naciera a una edad gestacional menor a las 37 semanas, lo cual lo hace un recién nacido pretérmino (PT) así como bajo de peso, lo cual supone muchos más riesgos a los ya existentes.

En neonatología esta asociación de factores de riesgo siempre nos debe hacer suponer, así exista ausencia de manifestación clínica del Recién Nacido Pretérmino, del diagnóstico desde el nacimiento de recién nacido con Sospecha de Sepsis para todo recién nacido que presente estos factores de riesgo hasta demostrar lo contrario. Mientras tanto, la clínica que podemos

encontrar ante esta condición es diversa pudiéndose hallar en el recién nacido desde ictericia, fiebre o hipotermia, taquipnea, taquicardia, irritación, etc. Y clínicamente podríamos estar hablando de probable sepsis neonatal. El siguiente paso para definir manejo en estos casos es solicitar exámenes auxiliares para apoyo diagnóstico donde se le solicita tanto un hemograma como Reactantes de Fase Aguda tales como: Proteína C Reactiva (PCR), Volumen de Sedimentación Globular (VSG) o procalcitonina y una muestra de Hemocultivo que nos daría el diagnóstico definitivo sin embargo el resultado de éste no debe suponer retraso en la instauración de tratamiento, por lo que posterior a la toma de muestra sanguínea y ante la sospecha clínica se debe instaurar tratamiento antibiótico empírico lo antes posible. Lo que se espera dentro de los exámenes de laboratorio y nos orienta al diagnóstico es encontrar en el hemograma la presencia de leucopenia donde se halle conteo de leucocitos menor a 5 000 / mm³, o una leucocitosis mayor a 20 000/mm³, otro hallazgo es realizar el cálculo de la relación I/T que corresponde de hacer una relación entre serie inmadura y los segmentados totales y si corresponde mayor a 2 también afianza a la posibilidad diagnóstica a Probable Sepsis. En cuanto al tratamiento en el presente caso se menciona que el tratamiento de elección que fue Ampicilina más Gentamicina; debido a que ambos cubren a los gérmenes más comunes asociado a la sepsis neonatal los cuales son E. Coli y Listeria Monocytogenes. Posteriormente se indica que el resultado del Hemocultivo solicitado fue negativo. Sin embargo, se nos menciona dentro de la práctica clínica que dicho resultado no excluye el diagnóstico, sobre todo si se hace evidencia de una mejoría clínica del recién nacido y de ocurrir éste caso, a pesar de ser el hemocultivo la prueba Gold Standar para el diagnóstico definitivo de sepsis neonatal, se consigna el diagnóstico de Sepsis neonatal clínica. (20)

Se piensa que el hemocultivo en diversos casos podría salir negativo debido a que muchas veces la muestra de sangre extraída al recién nacido no es en suficiente cantidad y que no permiten hacer un adecuado cultivo sanguíneo, interfiriendo de esa manera en los resultados.

Finalmente, en el caso N°8 tenemos a un paciente pediátrico de 7 meses que presenta como antecedente un proceso infeccioso viral de vías áreas altas (rinofaringitis aguda) que al pasar de los días progresa a un proceso de vías respiratorias bajas y cuyo signo clínico principal es la taquipnea, dificultad para respirar y la cianosis perioral. Al examen físico, el hallazgo importante es la presencia de sibilancias difusas en ambos hemitórax. Ante los hallazgos clínicos podemos definir que estamos ante un síndrome obstructivo bronquial con una saturación baja en 87% por lo que requiere en ese momento uso de oxígeno suplementario estabilización y nebulización con NaCl al 0.9% y monitorización de sus funciones vitales y su saturación. La bronquiolitis es una patología frecuente en niños menores de 2 años, en donde se obstruye principalmente las vías respiratorias pequeñas que son específicamente los bronquiolos debido a inflamación de éstos; el germen asociado más frecuente en un 95% de los casos es el de tipo viral y dentro de ellos el responsable es el Virus Sincitial Respiratorio (VSR) seguido del rinovirus ambos causan la inflamación de los bronquiolos, provocan edema, segregación de moco excesivo, y desprendimiento de células provocando así la obstrucción que podría complicarse hasta a una atelectasia en cuadros severos y de ahí parte la importancia de detectarse a tiempo y brindarse tratamiento oportuno para evitar así las complicaciones.

Una forma de poder establecer el grado de severidad del cuadro de bronquiolitis es mediante el uso del score de Bierman y Pearson (Imagen 5) el cual presenta 4 ítems que son: frecuencia respiratoria, presencia de sibilancias, cianosis y uso de musculatura accesoria a cada ítem se le asigna un puntaje de 0 a 3 puntos según corresponda y a la sumatoria se establece que es un cuadro leve si la puntuación corresponde de 0 a 5 puntos, moderada de 6 a 8 y grave si es mayor a 9. En el presente caso según los datos presentados se puede determinar que el puntaje mediante este score es 7 lo cual corresponde a un cuadro moderado (21).

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El inicio de la pandemia de la COVID-19 supuso un gran reto para todos los internos de medicina, quienes vimos perjudicada nuestras labores en las prácticas hospitalarias, sin embargo, supuso un gran reto para cada uno de nosotros para tratar de aprender en situaciones tan adversas como las que actualmente nos encontramos, así como para fortalecer nuestra vocación como médicos, brindar ayuda a los que más necesiten, y a su vez aprender a través de ellos.

Debido a que los primeros casos de COVID-19 se comenzaron a reportar a partir del mes de marzo del año 2020, nos permitió a muchos de los internos de medicina quienes iniciamos la etapa del internado en el mes de Enero del mismo año, realizar la primera rotación hospitalaria en condiciones normales sin la presencia aún de la pandemia, que posteriormente ante el desarrollo de la pandemia se establecieron nuevos reglamentos para las rotaciones en los servicios para los internos de medicina con el fin de evitar aglomeración dentro de ellos, pero a que la vez supuso reducción de horas en las practicas hospitalarias reduciendo también la oportunidad de poder revisar diversos casos clínicos comparado a la cantidad de casos clínicos que se podían observar en años anteriores y en condiciones normales.

Otra de las dificultades que se presentaron durante el desarrollo del internado fue que muchos de los internos de medicina a pesar de las medidas de bioseguridad tomadas, se infectaron de COVID-19 ocasionándoles retrasos durante sus rotaciones, modificaciones de fecha de rotación, entre otros. Los cuales fueron reorganizados posteriormente a su recuperación y acoplados a otros grupos con el fin de que cumplan los días dispuestos en cada rotación correspondiente.

El ambiente intrahospitalario supone un riesgo elevado para la infección de la COVID-19 sin embargo, las áreas hospitalarias de mayor riesgo de contagio se dieron durante las rotaciones de medicina interna, cirugía general y pediatría; debido a que a pesar de contar con áreas aisladas exclusivas para pacientes con COVID-19, muchos pacientes acudían al centro hospitalario para consulta de patologías crónicas que padecían, o eran programados para cirugías electivas pero cursaban como asintomáticos o presintomáticos para la COVID-19.

En el área de pediatría fueron más diversos los casos debido a que la sintomatología de niños con COVID-19 no era absolutamente respiratoria, mucho de ellos cursaban con síndromes gastrointestinales o sólo cuadros febriles y al realizarse la prueba de descarte tenían como resultado ser portadores del virus SARS COV 2.

En cuanto al área de Ginecología- obstetricia, se evidenció un mejor control en los pacientes debido a que previa hospitalización de las pacientes, en su mayoría gestantes en trabajo de parto o programada para cesárea, contaban con resultado de prueba de descarte para COVID-19. Sin embargo, si se presentaron casos de madres gestantes que fueron portadoras de la infección diagnosticadas al ingreso y que pudieron ser aisladas en áreas asignadas evitando así la propagación de la infección.

De manera general en el Hospital Naval como medida sanitaria las visitas familiares para pacientes hospitalizados fueron controladas y sólo se otorgaban para pacientes hospitalizados en área no COVID de máximo un solo familiar, al ingreso del hospital se tomaron medidas higiénicas desde sanitización del calzado, lavado de manos mediante lavaderos portátiles, y uso de alcohol en gel.

CONCLUSIONES

- ✓ El internado médico ha supuesto este año un desafío para todos los internos de medicina, el hecho de poder aprender pese a las circunstancias adversas, así como al propio miedo de contagiarse, o contagiar a personas cercanas ha puesto a prueba nuestra vocación de servicio.

- ✓ Cada rotación durante las prácticas hospitalarias ha representado gran relevancia para todos los internos, porque a pesar de la pandemia hemos podido aprender sobre patologías frecuentes en cada servicio poniendo en práctica los conocimientos teóricos adquirido en las aulas de nuestra facultad.

- ✓ La etapa del internado que corresponde al último año de la carrera de Medicina Humana tiene gran importancia para desarrollar y adquirir competencias en el ámbito clínico. Lográndose aprender a partir de la construcción de la relación médico-paciente a realizar una entrevista médica adecuada que permita al próximo egresado y médico a confeccionar una historia clínica con datos importantes del paciente, pudiendo así integrar dicha información que permita concluir e identificar posibles diagnósticos, así mismo a desarrollar criterios para la elección de exámenes auxiliares a realizar como apoyo diagnóstico para finalmente poder establecer un plan terapéutico y definir el pronóstico del paciente.

RECOMENDACIONES

- ✓ A los lineamientos ya otorgados dentro de la declaratoria de emergencia sanitaria con respecto al Internado Médico y las condiciones que permiten las prácticas hospitalarias se debe dar seguimiento y cumplimiento a cada una de ellas, debido a que existe actualmente disparidad entre diversas sedes hospitalarias sobre el cumplimiento de dichos lineamientos, esto les permite a todos los internos de medicina a nivel nacional tener igualdad de oportunidades y seguridad para aprender.
- ✓ Ya es conocido que mucho de los internos de medicina ante el colapso de sus sedes hospitalarias debido a la pandemia debieron ser removidos de sus sedes hospitalarias iniciales que generalmente correspondían a establecimientos de salud de nivel III hacia centros de salud de primer nivel (postas), lo que demuestra una clara desventaja comparada a todos aquellos internos que tuvieron la posibilidad de aprender y seguir asistiendo a un hospital nivel III donde las patologías son más diversas y el aprendizaje suele ser mayor, debido a que de acuerdo al nivel de atención éstas no poseen áreas de hospitalización y no permiten a los internos de medicina poder familiarizarse con la confección de las historias clínicas, ni darle seguimiento a la evolución de la enfermedad, ni el manejo terapéutico o diagnóstico en diversas patologías que no se pueden resolver en un centro de primer nivel (como por ejemplo las patologías quirúrgicas), por lo que sería recomendable poder reconsiderar la idea del desarrollo del internado médico en centro de salud de primer nivel o brindar las condiciones que puedan permitir el desarrollo de rotaciones en otras sedes hospitalarias de mayor nivel que puedan complementar el aprendizaje.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. DICEMENA | Disamar [Internet]. Disamar.mil.pe. 2021 [cited 13 April 2021]. Available from: <https://www.disamar.mil.pe/dicemena/>
2. Tapia Villanueva Rosa M, Núñez Tapia Rosa M, Syr Salas Perea Ramón, Rodríguez-Orozco Alain R. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas: México en el contexto latinoamericano. Educ Med Super [Internet]. 2007 Dic [citado 2021 Abr 13]; 21(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412007000400005&lng=es.
3. Dirección de Salud de la Marina (Disamar) | Nosotros [Internet]. Disamar.mil.pe. 2021 [cited 15 April 2021]. Available from: <https://www.disamar.mil.pe/nosotros/>
4. Zakko S. Overview of gallstone disease in adults [Internet]. Uptodate.com. 2020 [cited 15 April 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-gallstone-disease-in-adults?search=cholelithiasis§ionRank=2&usage_type=default&anchor=H8995491&source=machineLearning&selectedTitle=1~150&display_rank=1#H8995491
5. Pearl G, Gilani R. Acute mesenteric arterial occlusion [Internet]. Uptodate.com. 2020 [cited 16 April 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/acute-mesenteric-arterial-occlusion?search=trombosis%20arteria%20mesent%C3%A9rica&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H420418691
6. Keaveny A, Afdhal N, Bowers S. Gallstone ileus [Internet]. Uptodate.com. 2020 [cited 15 April 2021]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/gallstone->

ileus?search=ileo%20biliary&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

7. Abizanda Soler P. Rodriguez Mañas L. Tratado de Medicina Geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. Elsevier. España 2015.
8. Hodin R. Sigmoid volvulus [Internet]. Uptodate.com. 2020 [cited 15 April 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/sigmoid-volvulus?search=volvulus%20adult&source=search_result&selectedTitle=1~104&usage_type=default&display_rank=1
9. Hodin R. Cecal volvulus [Internet]. Uptodate.com. 2020 [cited 15 April 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/cecal-volvulus?search=cecum%20volvulus&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
10. August P, Sibai B. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 15 April 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis?search=preeclampsia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
11. Norwitz E. Preeclampsia: Management and prognosis [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 15 April 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?search=preeclampsia&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
12. de Quesada Suárez Leopoldo, Ival Pelayo Milagros, González Meriño Caridad Lourdes. La escala de Alvarado como recurso clínico para el diagnóstico de la apendicitis aguda. Rev Cubana Cir [Internet]. 2015 Jun [citado 2021 Abr 17] ; 54(2): 121-128. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932015000200004&lng=es.
13. Wiesenfeld H. Pelvic inflammatory disease: Treatment in adults and adolescents [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 17 April 2021]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease->

treatment-in-adults-and-adolescents?search=enfermedad%20inflamatoria%20pelvic&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H1025583

14. Pozniak A. Clinical manifestations and complications of pulmonary tuberculosis [Internet]. Uptodate.com. 2019 [cited 17 April 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-complications-of-pulmonary-tuberculosis?search=TBC%20pulmonar&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
15. Bernardo J. Diagnosis of pulmonary tuberculosis in adults [Internet]. Uptodate.com. 2020 [cited 17 April 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-pulmonary-tuberculosis-in-adults?search=effusion%20pleural%20tbc&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
16. Frye M, Huggins J. Tuberculous pleural effusion [Internet]. Uptodate.com. 2020 [cited 17 April 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/tuberculous-pleural-effusion?search=effusion%20pleural%20tbc&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
17. Saltzman J. Approach to acute upper gastrointestinal bleeding in adults [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 17 April 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-acute-upper-gastrointestinal-bleeding-in-adults?search=digestiva%20alta%20hemorr%C3%A1gica&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
18. Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado [Internet]. Who.int. 2016 [cited 18 April 2021]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who#:~:text=Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20atenci>

%C3%B3n%20prenatal&text=Una%20atenci%C3%B3n%20prenatal%20con%20un,un%20m%C3%ADnimo%20de%20cuatro%20visitas.

19. Ministerio de Salud (MINSA). Norma Técnica de Salud Atención Integral y Diferenciada de la gestante adolescente durante el embarazo, parto y puerperio. [Internet]. Bvs.minsa.gob.pe. 2019 [cited 18 April 2021]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5013.pdf>
20. Morven S. E. Clinical features, evaluation, and diagnosis of sepsis in term and late preterm infants [Internet]. Uptodate.com. 2020 [cited 17 April 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-evaluation-and-diagnosis-of-sepsis-in-term-and-late-preterm-infants?search=sepsis%20neonatal&source=search_result&selectedTitle=1~105&usage_type=default&display_rank=1
21. Piedra P, Stark A. Bronchiolitis in infants and children: Clinical features and diagnosis [Internet]. Uptodate.com. 2020 [cited 17 April 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/bronchiolitis-in-infants-and-children-clinical-features-and-diagnosis?search=bronquiolitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2

ANEXOS

ANEXO N°1:



Imagen 1

ANEXO N°2



Imagen 2

ANEXO N°3:

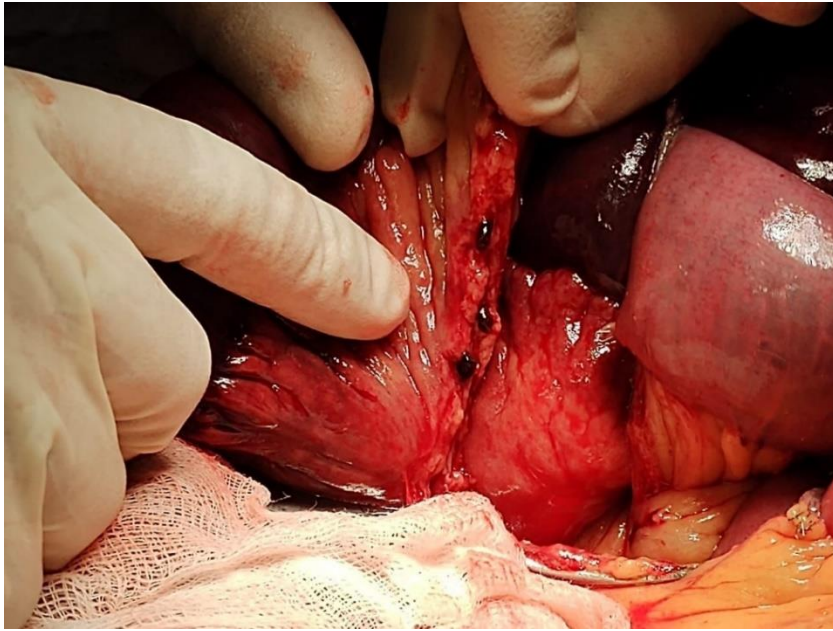


Imagen 3

ANEXO N°4:



Imagen 4

ANEXO N°5:

Escala Clínica de Bierman, Pierson y Tal (modificada)					
Puntaje	Frecuencia respiratoria		Sibilancias	Cianosis	Uso de la musculatura accesoria
	menor de 6 meses	mayor de 6 meses			
0	mayor de 40	mayor de 30	No	No	No
1	41 - 55	31 - 45	Solo final espiración	Peri oral con llanto	(+) Subcostal
2	56-70	46-60	Espiración Inspiración con estetoscopio	Peri oral, en reposo	(++) Sud e inter costal
3	> 70	> 60	Espiración Inspiración sin estetoscopio o ausentes	Generalizada, en reposo	(+++) supraesternal, sudcostal e intercostal

Obstrucción leve: 0 a 5, Moderada: 6 a 8, Grave: 9 a 12.

Imagen 5. Fuente: Score de Bierman y Pierson modificado por Tal. Bierman CW, Pierson WE. Therpharmacologic management of status asthmaticus in children. Pediatrics. 1974; 54, 245-247