



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**TRAYECTORIA DEL INTERNADO MÉDICO 2021 – 2022 EN EL
HOSPITAL DE CHANCAY “HIDALGO ATOCHE LÓPEZ” Y
CENTRO MÉDICO NAVAL “CIRUJANO MAYOR SANTIAGO
TÁVARA”**

**PRESENTADO POR
VALERIA MILAGROS PRADO SOLIER
BETSY GIULIANA RAMOS HEREDIA**

**ASESOR
HUGO ORTIZ SOUZA**

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

**LIMA– PERÚ
2022**



**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

**TRAYECTORIA DEL INTERNADO MÉDICO 2021 – 2022 EN EL
HOSPITAL DE CHANCAY “HIDALGO ATOCHE LÓPEZ” Y
CENTRO MÉDICO NAVAL “CIRUJANO MAYOR SANTIAGO
TÁVARA”**

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

PRESENTADO POR:

**VALERIA MILAGROS PRADO SOLIER
BETSY GIULIANA RAMOS HEREDIA**

**ASESOR:
DR. HUGO ORTIZ SOUZA**

**LIMA - PERÚ
2022**

JURADO

Presidente: Dra. Karim Elizabeth Ugarte Rejavinsky

Miembro: Dr. Carlos Morales Paitan

Miembro: Dra. Graciela Pílares Barco

DEDICATORIA:

A quienes anhelan un mejor sistema de salud, y a quienes partieron víctimas de la COVID-19, en especial a Víctor y Antonio Solier.

- Valeria M. Prado Solier

A mis padres, gracias por su apoyo incondicional y por motivarme cada día a ser una mejor profesional.

- Betsy G. Ramos Heredia

AGRADECIMIENTO:

A nuestros padres, quienes nos permitieron cumplir el más ansiado de nuestros sueños: ser médico.

- Valeria y Giuliana.

ÍNDICE

PORTADA	
JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1. Pediatría y Neonatología	1
1.1.1. Caso clínico 1	1
1.1.2. Caso clínico 2	3
1.1.3. Caso clínico 3	4
1.1.4. Caso clínico 4	7
1.2. Medicina Interna	9
1.2.1. Caso clínico 1	9
1.2.2. Caso clínico 2	10
1.2.3. Caso clínico 3	12
1.2.4. Caso clínico 4	14
1.3. Ginecología y Obstetricia	16
1.3.1. Caso clínico 1	16
1.3.2. Caso clínico 2	17
1.3.3. Caso clínico 3	18
1.3.4. Caso clínico 4	20
1.4. Cirugía y Traumatología	21
1.4.1. Caso clínico 1	21
1.4.2. Caso clínico 2	23
1.4.3. Caso clínico 3	24
1.4.4. Caso clínico 4	26
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	28
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	33
3.1. Pediatría y Neonatología	33

3.1.1. Caso clínico 1	33
3.1.2. Caso clínico 2	33
3.1.3. Caso clínico 3	34
3.1.4. Caso clínico 4	35
3.2. Medicina Interna	35
3.2.1. Caso clínico 1	35
3.2.2. Caso clínico 2	36
3.2.3. Caso clínico 3	37
3.2.4. Caso clínico 4	38
3.3. Ginecología y Obstetricia	38
3.3.1. Caso clínico 1	38
3.3.2. Caso clínico 2	39
3.3.3. Caso clínico 3	39
3.3.4. Caso clínico 4	40
3.4. Cirugía y Traumatología	40
3.4.1. Caso clínico 1	40
3.4.2. Caso clínico 2	41
3.4.3. Caso clínico 3	41
3.4.4. Caso clínico 4	42
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	43
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	46
FUENTES DE INFORMACIÓN	47

RESUMEN

El internado médico se realiza durante el séptimo año dentro del plan de estudio de la carrera de Medicina Humana en el Perú, siendo obligatorio e indispensable para obtener el título de esta profesión.

En este último año académico se integran y consolidan los conocimientos sobre ciencias básicas y clínicas adquiridos durante los ciclos universitarios previos, es por ello que este año de práctica preprofesional es clave en el correcto desarrollo de nuestras habilidades como futuros médicos, los cuales serán puestos en práctica durante los siguientes meses en el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS).

Desde que el SARS-CoV-2 llegó a nuestro país en marzo del año 2020, se han presentado nuevos retos para el personal de salud, incluidos los internos de medicina, quienes han realizado una valerosa labor como primera línea de atención frente al COVID-19.

El objetivo del presente trabajo describe la trayectoria profesional y experiencia laboral durante el internado médico en el contexto de la pandemia a causa del coronavirus en establecimientos de salud categoría II-2 y III-1 en el periodo 2021 – 2022, donde a pesar de las dificultades y la alta exposición a este nuevo virus, los internos de medicina humana lograron reforzar sus conocimientos con las prácticas hospitalarias.

Gracias a la rotación por los 4 servicios fundamentales de: Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, y Pediatría. Se extrajeron interesantes casuísticas y fueron completadas con la obtención de historias clínicas.

Asimismo, los manejos clínicos y/o quirúrgicos de estos casos, fueron contrastados con artículos de medicina basada en evidencia. En definitiva, el internado médico, aún dentro de la coyuntura actual y con todas las limitaciones acarreadas por la pandemia, sigue siendo la experiencia de mayor provecho y aprendizaje para los futuros galenos.

ABSTRACT

The medical internship constitutes the seventh year in the Human Medicine career's study plan in Peru, it is mandatory and essential to obtain this professional degree. In this last academic year, the knowledge about basic and clinical sciences, acquired during the previous university cycles, are integrated and consolidated; that is the reason why this year of pre-professional practice is a fundamental piece in the correct development of our skills as future doctors and will be practiced during the following months in the Rural and Marginal Urban Health Service.

Since SARS-CoV-2 arrived in our country in March 2020, new challenges have been added for health personnel, including medical interns, who have done a courageous job as the first line of care against COVID- 19. The objective of this work describes the professional career and work experience during the medical internship in the context of the pandemic due to coronavirus in categories II-2 and III-1 health establishments in the period of 2021 - 2022; where despite the difficulties and the high exposure to this new virus, the human medicine interns were able to beef up their knowledge with hospital practices.

Thanks to the rotation through the 4 fundamental services of: Internal Medicine, Gynecology and Obstetrics, General Surgery, and Pediatrics, interesting casuistries were extracted and were complemented with the obtaining of clinical histories.

Likewise, the clinical and/or surgical management of these cases were contrasted with evidence-based medicine articles. In short, the medical internship, even within the current situation and with all the limitations caused by the pandemic, continues to be the most beneficial and learning experience for future doctors.

INTRODUCCIÓN

El 11 de marzo del 2020 se marca un hito en la salud pública a nivel mundial, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara al COVID-19 como una pandemia, al considerar los 4291 muertos y 118 000 casos en 114 países (1).

Esta situación ha generado un efecto socioeconómico disruptivo, desde sus inicios hasta la actualidad. Durante el 2020 y parte del 2021 se frenaron por completo las actividades no esenciales, incluso se restringieron las labores educativas escolares, universitarias y de formación profesional en general, al ser consideradas actividades de contacto directo, lo que generó cambios drásticos en la formación médica profesional (2).

El internado médico, siendo el último año de la carrera de Medicina Humana, es netamente de naturaleza práctica al abarcar situaciones reales de ejercicio profesional, donde se desarrollan en su totalidad las habilidades y conocimientos adquiridos durante los primeros seis años de formación académica.

Este pilar fundamental de la carrera médica también se vio afectado por las disposiciones mundiales y restricciones gubernamentales tomadas frente a la pandemia por SARS-CoV-2, principalmente por el cambio drástico de los ambientes donde se llevan a cabo dichas actividades, pasando de sedes hospitalarias nivel II y III a primer nivel de atención (PNA). Además, se agregaron nuevos retos para el personal de salud como el uso continuo de equipos de protección personal (EPP), tamizaje esporádico para la detección temprana del COVID-19 y las adecuaciones a la exploración física del paciente evitando el contacto directo prolongado para reducir los riesgos de contagio, todo ello en beneficio del personal de salud y de los pacientes con el fin de minimizar el contagio de esta enfermedad.

A inicios del año 2021 se ampliaron opciones al internado en PNA, abriéndose plazas para establecimientos de salud de mayor categoría; es por ello, que

este trabajo de suficiencia profesional tiene como objetivo remarcar las experiencias y casos clínicos más representativos de cada rotación obtenidas en el Hospital de Chancay (II-2) y el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara – CMST” (CEMENA) (III-1) a lo largo del último año de la carrera de medicina, a pesar de las limitaciones que se presentaron propias de la pandemia, con el fin de destacar el beneficioso impacto que tienen las prácticas médicas en el éxito del médico.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

En este capítulo se expondrán los casos clínicos más frecuentes y emblemáticos de ambos establecimientos de salud, los cuales han servido como parte de la formación profesional durante el internado médico. Asimismo, es importante resaltar que son casos que preparan al futuro serumista para brindar un adecuado diagnóstico y manejo de los pacientes.

1.1. Pediatría y Neonatología

1.1.1. Caso clínico 1

Un caso de fatal desenlace de la paciente de iniciales J. M. Y. M. de 8 meses de sexo femenino, procedente de Áncash, pero que se encontraba circunstancialmente en Chancay visitando a unos familiares. Los padres acuden al consultorio pediátrico de la emergencia general el domingo 12 de diciembre, se catalogan como mal informantes, y refieren que hace 7 días la menor inicia un cuadro con congestión nasal, pico febril de 39.5 - 40 °C por 3 días, además de hiporexia marcada, además de deposiciones líquidas desde hace dos días. La madre también manifiesta que hace unos días aparecen petequias en miembros inferior y superiores, asociado a equimosis, luego epistaxis y gingivorragia. Al evaluarla, se encuentra a la paciente en mal estado general, deshidratada, con palidez marcada, Sat: 96 %.

- Piel: Fría, deshidratada, poco elástica, llenado capilar > 2 segundos. Presencia de petequias en miembros inferiores y superiores, acompañado de equimosis a predominio en brazos. Se palpa leve edema (+/+++).
- Mucosas: Sangrado activo en encías y mucosa nasal.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular en ambos hemitórax, no se auscultan estertores, presenta leve tiraje intercostal.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos acelerados de intensidad disminuidos, no se auscultan soplos. Pulsos periféricos no palpables en miembros inferiores.
- Abdomen: Globuloso, poco depresible, doloroso a la palpación. RHA (+). Se palpa visceromegalia.
- Genitourinario: no diuresis.

- Sistema Nervioso Central: irritable, poco reactiva a estímulos, no se pueden evaluar reflejos.

Se solicitan exámenes de laboratorio con los siguientes resultados: leucocitos: 122 300, hemoglobina: 5.1, plaquetas: 18 000, creatinina: 0.9, prueba antigénica: negativo y blastos: 55 %. La paciente es trasladada a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) del servicio de hospitalización pediátrica con los diagnósticos de: 1) Síndrome mielodisplásico: leucemia linfoblástica vs. mieloblástica aguda, 2) D/C síndrome de lisis tumoral, 3) Sepsis. Estando en UTI se le transfunde un paquete globular, imposibilidad de transfusión de plaquetas, en vista que el banco de sangre del hospital no cuenta con éstas. Se inician trámites para solicitar plaquetas al Hospital San Bartolomé. La paciente es evaluada 4 horas después con mala evolución:

- Piel: fría, deshidratada, poco elástica. Llenado capilar > 2 segundos. Presencia de petequias y equimosis en miembros superiores e inferiores, edema en brazos (+++/+++).
- Mucosas: sangrado activo en encías.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular en ambos hemitórax, no estertores, tiraje intercostal de 3 paquetes musculares más aleteo nasal, saturando 86 %.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos de baja intensidad, no se auscultan soplos, pulsos periféricos no palpables en pies.
- Abdomen: Globuloso, poco depresible, doloroso a la palpación. RHA (+). Se palpa visceromegalia.
- Genitourinario: no diuresis.
- Sistema Nervioso Central: irritable, poco reactiva a estímulos, no se pueden evaluar reflejos.

Es así que, se prescribe dimenhidrinato, furosemida en bolo, restricción hídrica, colocación de cánula binasal con 3 litros de oxígeno (Sat: 99 %) y lavado gástrico, encontrándose reflujo gástrico porráceo. Posterior a ello la paciente se estabiliza, pero aún se encuentra con pronóstico reservado. Se trata de iniciar trámites de referencia, pero al ser domingo las oficinas del SIS se encuentran cerradas. Al día siguiente paciente amanece inestable con

epistaxis y hematemesis, poco reactiva a estímulos, enfermería reporta canalización frustrada en miembros superiores e inferiores, es por ello que se hace interconsulta con UCI para que se coloque catéter venoso central, pero al encontrarse el uciólogo en área COVID el procedimiento lo realiza el cirujano.

En simultáneo se tramitan referencias al Instituto Nacional de Salud del Niño Breña y San Borja, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, al Hospital Cayetano Heredia y Hospital San Bartolomé respondiendo todos ellos que no cuentan con camas disponibles para la paciente, únicamente el Hospital San Bartolomé ofreció la posibilidad de enviar plaquetas para la transfusión de la paciente, y se comienza a gestionar salida de ambulancia desde Chancay para recojo de plaquetas. Sin embargo, la paciente se descompensa en hospitalización, y fallece el lunes 13 de diciembre a las 9:47 horas de la mañana. Se suspende el recojo de plaquetas en Hospital San Bartolomé y se gestiona el pase a morgue.

1.1.2. Caso clínico 2

Paciente RN de 39 semanas, con iniciales C. A. C., nacida de parto por cesárea al tener madre con antecedente de Sífilis hace 3 meses tratada con 3 dosis de Penicilina G Benzatínica cuyo resultado de VDRL al ingreso es reactivo (2 dils). Los datos del nacimiento son un peso: 3 480 gr, talla: 45 cm., Apgar 9 (1') - 9 (5'), Capurro de 39 semanas, perímetro cefálico, torácico y abdominal dentro de valores normales. Al examen físico:

- Piel: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos, no se evidencian lesiones en piel.
- Cabeza: Fontanelas normotensas, leve cabalgamiento de sutura frontal, no presenta lesiones.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular en ambos hemitórax, no se auscultan estertores, no signos de distrés respiratorio.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos palpables.

- Abdomen: Levemente globuloso, depresible, no doloroso a la palpación superficial, ni profunda. RHA (+). No se palpan masas, ni visceromegalia. Cordón umbilical sin signos de flogosis, ni secreciones
- Genitourinario: Genitales adecuados para la edad, no eritema de pañal.
- Sistema nervioso central: Reactivo a estímulos, alerta, reflejo del moro (+), reflejo de succión (+), reflejo de prensión (+).

Se le indica VDRL teniendo como resultado 4 dils, motivo por el que se traslada al paciente de alojamiento conjunto a la unidad de aislados con el diagnóstico de sífilis congénita, donde se le indica toma de FTA-ABS IgM para ser enviada al Instituto Nacional de Salud (INS) en Lima, radiografía de huesos largos, mientras se inicia tratamiento con Penicilina G Sódica cada 12 horas los primeros 7 días, y cada 8 horas pasados los 7 días, hasta completar 10 días. Se evalúa al recién nacido 4 horas después con resultados de radiografía que indica no presentar lesiones ni alteraciones a nivel de huesos largos.

La madre es dada de alta 48 horas después de la cesárea, siendo acogida en el servicio de neonatología para favorecer la lactancia materna directa del neonato, quien presenta evolución a las evaluaciones diarias mientras recibe tratamiento.

Después de una semana de dosis de Penicilina G Sódica cada 12 horas se cambian las indicaciones médicas a cada 8 horas. Sin embargo, a los 9 días de iniciado el tratamiento el INS reporta resultados del FTA-ABS IgM, siendo no reactivo, por lo que se suspende la aplicación de Penicilina, y se preparan los documentos del alta médica a las 10:00 a. m. La madre acude con recién nacido a control por consultorio externo refiriendo que presenta alimentación exclusiva con lactancia materna, no ha presentado lesiones en piel, ni intercorrientes, se le indica seguir con cuidados respectivos del menor.

1.1.3. Caso clínico 3

Uno de los casos más representativos atendidos es el del paciente de iniciales E. A. T. R., lactante menor masculino de 5 meses de edad, procedente del Callao, con un tiempo de enfermedad de 4 días, quién es traído por su madre

a la emergencia del CEMENA presentando antecedente de vacunación incompleta desde el 2do mes de vida debido a la pandemia, a su vez madre refiere haber olvidado la tarjeta de vacunación de su hijo y no recordar nombre exacto de las vacunas aplicadas.

Ella relata que 4 días antes del ingreso el paciente presentó una fiebre de 38.3°C que no cede con la administración de Paracetamol. 3 días antes del ingreso se añaden deposiciones líquidas malolientes con moco y sin sangre a razón de 12 cámaras por día, 2 días antes del ingreso el paciente inicia con vómitos de contenido alimenticio 5 veces por día, añade que el niño sólo recibe lactancia materna, aún no inicia con la alimentación complementaria y que el último vómito se presenta 2 horas antes de acudir a la emergencia. El paciente presenta funciones vitales dentro de rangos normales, se encuentra hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente, pesa 7 kg y mide 66 cm, medidas que son adecuadas para su edad. En el examen físico se encuentra: AREG, AREN, AREH.

- Cabeza: normocéfalo, ojos hundidos, pupilas isocóricas foto reactivas, fosas nasales permeables, orofaringe no congestiva.
- Piel: Tibia, poco hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos. No palidez, no cianosis, no ictericia. Signo del pliegue (+).
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos palpables.
- Abdomen: Distendido, blando, depresible, RHA (+), no impresiona dolor a la palpación. No se palpan masas, ni visceromegalia.
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-).
- SNC: despierto, irritable, reactivo a estímulos. Reflejos conservados adecuados para su edad.

Entre las pruebas solicitadas al paciente, se inicia con una prueba antigénica COVID-19 la cual resulta negativa, también se le realiza hemograma, electrolitos, reacción inflamatoria en heces, coprocultivo, PCR y procalcitonina. Los resultados fueron los siguientes: Hb: 12 g/dL, leucocitos: $16 \times 10^9/L$, neutrófilos: $0.08 \times 10^3 \text{ xmm}^3$, linfocitos: $5.4 \times 10^3 \text{ xmm}^3$, plaquetas:

280x 10⁹/L, reacción inflamatoria en heces: 0-20 leucocitos x campo sin hematíes, Na⁺:133 mEq/L, K⁺: 3.7 mEq/L, Cl: 101 mEq/L, Ca⁺⁺: 9 mg/dl, PCR: 32 mg/L, procalcitonina: 0,2 ng/ml, el coprocultivo se encuentra aún en proceso.

La interpretación de dichos resultados se interpreta como una infección de probable etiología viral, ya que en el hemograma los leucocitos se encuentran elevados y se muestra una linfocitosis característica de un proceso viral, acompañada de neutropenia que aleja una etiología bacteriana. Asimismo, la reacción inflamatoria en heces es positiva, a pesar de la escasa presencia de leucocitos, lo que también apartaría un cuadro bacteriano, pero de todas formas debe confirmarse con el coprocultivo cuyo resultado suele tardar 5 días.

En los electrolitos se determina una hiponatremia leve sugerente a un cuadro de deshidratación por vómitos y diarrea, la elevación del PCR entre 10-40 mg/L inclina a un diagnóstico de etiología viral, ya que los procesos bacterianos suelen presentar una PCR >40 mg/L generalmente. Por otro lado, la procalcitonina se usa como biomarcador de infecciones bacterianas y en este caso se presenta dentro de rangos normales. El análisis de laboratorio aunado a la clínica manifestada concluye en los siguientes diagnósticos: 1) Enfermedad diarreica aguda de probable etiología viral, entre los principales virus causantes de este cuadro se considera al Rotavirus ya que el paciente no se encuentra al día con sus vacunas y puede que haya recibido una o ninguna de las dos dosis contra el virus, por lo cual no está protegido en su totalidad contra este; 2) Deshidratación leve-moderada, determinada por los hallazgos a través del examen físico como son los ojos hundidos, piel y mucosas secas, y el signo del pliegue (+), a los cuales se añade la hiponatremia, siendo justificada por la deshidratación; 3) Síndrome emético, ya que el lactante presentaba vómitos 5 veces por día aproximadamente.

Por todo lo ya descrito, el paciente es tributario a recibir el Plan B o Terapia de Rehidratación Oral (TRO) de la Guía de práctica clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la EDA en la niña y el niño del MINSA, por lo cual es

ingresado a observación y se le administra Sales de Rehidratación Oral (SRO) de baja osmolaridad a dosis de 50-100 ml/kg durante 4 horas, siendo 500 ml la dosis que le correspondía de SRO según su peso, y se le indica a la madre que paciente continúe con lactancia materna a demanda de forma lenta y pausada, a fin de evitar las náuseas y vómitos y por ende el fracaso del Plan B, además se indica al equipo de enfermeras realizar un balance hidroelectrolítico estricto para controlar ingresos y egresos del paciente.

Pasadas las 4 horas, el paciente muestra una evolución, ya que no ha vomitado durante el periodo de observación y se encuentra calmado, por ello se decide dar de alta y pasar al Plan A, que consiste en aumentar la ingesta de líquidos, continuar con la alimentación o en este caso con la lactancia, además se le explican los signos de peligro y deshidratación a la madre, los cuales son capacidad de respuesta alterada (letargia, irritabilidad), ojos hundidos, aparentemente deteriorado, taquipnea, taquicardia, turgencia de piel disminuida, y que en caso de presentar alguno de estos debería regresar a la emergencia a la brevedad.

También se le enseñan las medidas preventivas para evitar un nuevo cuadro como son el lavado de manos, el consumo de agua segura y la disposición adecuada de excretas para evitar futuros episodios de diarrea. Al alta se le receta: 1) Suplemento de Zinc en jarabe para prevenir episodios de diarrea en los siguientes meses, a dosis de 2 cucharaditas de 5ml (equivalentes a 20 mg de zinc elemental) por día durante 10 días; 2) Paracetamol en jarabe 3 ml condicional a $T^{\circ} > 38^{\circ}\text{C}$; 3) Enterogermina 1 ampolleta vía oral cada 12h.

1.1.4. Caso clínico 4

Otro de los casos más comunes del CEMENA es el de la paciente de iniciales M. A. R. H., escolar de 10 años de edad procedente de San Miguel, la cual es traída por su madre, quién refiere que desde hace 5 días la paciente presenta pequeñas lesiones rojas puntiformes en regiones de flexión como muñecas y codos, así como en el abdomen y miembros inferiores que le producen picazón intensa sobre todo en las noches. Además, menciona que la paciente y su hermana mayor de 16 años, quién también presenta la misma

sintomatología, usaron vestidos alquilados por ella días previos al inicio del cuadro. Añade que hace 1 día observa que las lesiones han incrementado en tamaño y cantidad, produciendo picazón de forma exagerada e incluso empiezan a sangrar y remiten espontáneamente, lo cual le causa preocupación y acude a emergencia. Entre los antecedentes de importancia, la madre refiere que paciente tiene todas sus vacunas completas, niega que tenga alergias y asegura que no tienen mascotas en casa. En el examen físico se encuentra: AREG, AREN, AREH.

- Cabeza: normocéfalo, pupilas isocóricas foto reactivas, fosas nasales permeables, orofaringe no congestiva.
- Piel: Tibia, seca, elástica. Llenado capilar < 2 segundos. No palidez, no cianosis, no ictericia. Se evidencian lesiones polimorfas: vesículas, pápulas, y placas eritematosas pruriginosas de 0.5 cm; en ambas muñecas y codos, abdomen y miembros inferiores. Excoriaciones en las mismas regiones.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos palpables.
- Abdomen: Distendido, blando, depresible, no doloroso a la palpación. RHA (+). No se palpan masas, ni visceromegalia.
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-).
- SNC: despierto, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos.

En este caso no se solicitan exámenes de laboratorio complementarios, pues el diagnóstico es eminentemente clínico, luego de una correcta anamnesis y un examen físico donde se hallan lesiones compatibles con Escabiosis, además de que otro miembro de la familia presenta el mismo cuadro de síntomas.

El tratamiento es: 1) Aplicar Permetrina al 5% en la superficie cutánea afectada evitando los ojos y boca por 8h y luego retirar crema con lavado corporal, durante 14 días; 2) Loratadina 10 mg cada 24h por 7 días.

Por último, se recomiendan las medidas higiénicas correspondientes como el lavado de ropa a altas temperaturas, y se resalta la importancia de que todos los miembros de la familia lleven el tratamiento, sean o no sean sintomáticos.

1.2. Medicina Interna

1.2.1. Caso clínico 1

Otro caso en el Hospital de Chancay fue el del paciente F. O. O. de 41 años procedente de Chancay, quien fue hospitalizado al referir tener una lesión tipo herida de aproximadamente 4 x 5 cm en la base del 5to dedo del pie derecho levemente doloroso, además de presentar un cambio de coloración en el 4to y 5to dedo de dicho pie. Al ser entrevistado, refiere tener diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II hace 10 años, siendo medicado con Metformina 850 mg cada 8 horas e insulina glargina 25 UI por día. El examen físico reporta:

- Piel: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos. Leve palidez, no ictericia, no cianosis.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular en ambos hemitórax, no se auscultan estertores, no signos de distrés respiratorio.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares de buena intensidad, no se auscultan soplos, pulso pedio derecho poco palpable.
- Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación. RHA (+). No se palpan masas, ni visceromegalia.
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-).
- SOMA: Moviliza miembros superiores e inferiores, dificultad para deambular por presentar dolor región plantar derecha. Pie derecho edematoso, con presencia de lesión tipo herida de aproximadamente 4 x 5 cm con bordes flogóticos y secreción sanguinolenta, también se aprecia 4to y 5to dedo del mismo pie con coloración violácea, levemente doloroso a la palpación. Disminución de sensibilidad en miembros inferiores, a predominio en lado derecho. Catalogado como Wagner IV.

- Sistema nervioso central: despierto, irritable, LOTEP, Glasgow 15/15.

Al paciente se le inicia dieta completa hipoglúcida, paracetamol 500 mg cada 8 horas, tramadol 50 mg SC condicional a dolor intenso, metformina 850 mg cada 8 horas, insulina glargina 25 UI cada 24 horas, escala móvil y ceftriaxona 1 gr cada 24 horas + vancomicina 1 gr cada 12 horas, asociado a curaciones diarias. Además, se le solicita ecografía Doppler y Angiotac de miembros inferiores.

Al paso de los días la evolución es desfavorable, habiendo necrosis de 4to y 5to dedo del pie derecho, pérdida de sensibilidad y escasos pulsos periféricos en miembros inferiores. Se insiste a familiares en la necesidad de realizar la ecografía Doppler, ante negación por falta de recursos económicos, además, se les informa que son estudios para determinar el nivel de amputación, información que es tomada de buena manera.

Para la evolución nocturna se tiene resultados de ecografía Doppler que concluyen disminución de irrigación sanguínea, a predominio en miembro inferior derecho desde la región poplíteica, que es más marcada a nivel pedio. Con esta información se decide amputación de pie derecho. Sin embargo, la familia decide pedir consulta con otro médico en consultorio particular, se gestiona salida de ambulancia hacia Huacho. Posterior a su consulta con médico general particular paciente solicita alta voluntaria, ya que alega prefiere vías alternativas a la amputación como uso de cámara hiperbárica.

1.2.2. Caso clínico 2

El caso del paciente J. M. V. de 33 años procedente de Peralvillo, que acude a emergencia general del Hospital de Chancay refiriendo náuseas y vómitos, hiporexia, pico febril de 38.7 y dolor abdominal en epigastrio que se irradia hacia la espalda de intensidad 9/10, de 3 días de evolución, además indica no tolerar vía oral. El familiar de paciente indica que tiene como antecedente litiasis vesicular. No refiere alergias medicamentosas. A la evaluación física se observa:

- Piel: Tibia, poco hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos. Se evidencia leve ictericia.
- Tórax y pulmones: MV en ambos hemitórax, no se auscultan estertores, no signos de distrés respiratorio.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos palpables.
- Abdomen: Distendido, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrios derecho e izquierdo, RHA disminuidos, no se palpan masas ni visceromegalia. No presenta signos de irritación peritoneal. Murphy (-), signo de Cullen (-), signo de Grey Turner (-).
- Genitourinario: PPL (+), PRU (-).
- Sistema nervioso central: despierto, responde a interrogatorios, LOTEPE, Glasgow 15/15.

Se solicitan exámenes de laboratorio con los siguientes resultados: leucocitos: 13 200, hemoglobina: 12.3, plaquetas: 320 000, glucosa: 121, PCR: 1.45, LDH: 320, AST: 250, amilasa: 447 UI/L. Además, se solicita TEM de páncreas con informe: páncreas aumentado de tamaño de forma difusa asociado a alteración de los planos grasos adyacentes peri pancreáticos, vesícula de paredes delgadas con múltiples cálculos, vía biliar intra y extrahepática sin signos de dilatación, según esta descripción se diagnostica: Pancreatitis Aguda Balthazar C.

Se hospitaliza con indicaciones de 1) N. P. O., 2) NaCl 9% a chorro luego 45 gotas, 3) Tramadol 50 mg SC PRN a dolor, 4) Dimenhidrinato 50 mg cada 8 horas. A las evaluaciones diarias paciente presenta evolución, con funciones vitales dentro de valores normales, ventilando espontáneamente, afebril, enfermería no reporta interurrencias, dos días después de encontrarse con N. P. O. se le proporciona dieta líquida con buena tolerancia, por lo que 12 horas después se le indica dieta blanda. El paciente refiere que no presenta dolor, niega náuseas y vómitos desde el día de su ingreso, ha tolerado dieta blanda, a la evaluación se observa:

- Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos, no ictericia, no palidez, no cianosis.
- Tórax y pulmón: Murmullo vesicular en ambos hemitórax, no se auscultan estertores, no signos de distrés.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación, RHA (+), no se palpan masas ni visceromegalia.
- Genitourinario: adecuada diuresis, PPL (-), PRU (-).
- Sistema nervioso central: Despierto, LOTEP, Glasgow 15/15.

Se le evalúa mediante los criterios de Ranson a las 48 horas de su ingreso teniendo solo 1 criterio, es así que se cataloga como una pancreatitis aguda leve.

Debido a la buena evolución del paciente se prueba tolerancia de dieta completa, la cual es bien tolerada y se indica alta médica con indicaciones y evaluación por Cirugía para manejo de litiasis vesicular.

1.2.3. Caso clínico 3

Uno de los motivos de consulta más frecuentes en los adultos mayores son las infecciones urinarias, este es el caso de la paciente C. A. D. S. de 87 años, procedente de Surco, con antecedente de HTA en tratamiento, ERC estadio IV en tratamiento, la cual es traída a la emergencia por su hija, quien refiere que desde hace 9 días su madre presenta ardor al orinar y sensación de evacuación incompleta por lo cual va al baño con mayor frecuencia, añade que el olor de la orina es muy desagradable, y niega que su madre haya presentado picos febriles, por este motivo ellas vinieron por primera vez a la emergencia hace 8 días donde se le tomó hemograma, sedimento urinario y urocultivo, el sedimento reveló una infección urinaria por lo cual se le administró tratamiento antibiótico empírico con Levofloxacino 500 mg c/ 24h VO por 7 días de forma ambulatoria.

La hija menciona que los síntomas continúan luego de cumplir con el tratamiento antibiótico, y por el contrario, ha notado que su madre se

encuentra decaída, inapetente, somnolienta y sedienta por lo cual la trae nuevamente junto con el resultado del urocultivo que se le tomó en la atención pasada el cual indica presencia de E. coli BLEE. La paciente se encuentra con funciones vitales en rangos normales, ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio, se observa asténica y menciona estar sedienta repetidas veces durante la consulta, ingresa con un peso de 60 kg y mide 1.66 m. Al examen físico: AMEG, AMEH, AREN.

- Piel y TCSC: Tibia, poco hidratada, poco elástica, llenado capilar < 2 segundos. Palidez ++/+++, no ictericia, no cianosis. TCSC disminuido, edema con fovea ++/+++ en ambos tobillos y pies.
- Tórax y pulmones: Buena amplexación, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos palpables.
- Abdomen: plano, blando, depresible, RHA (+) conservados en tono e intensidad, no doloroso a la palpación, no se palpan masas, ni visceromegalia.
- Genitourinario: PPL (+), PRU (-).
- Sistema nervioso central: despierta, poco colaboradora, orientada en espacio y persona, no signos meníngeos.

En la emergencia se le solicitan nuevos exámenes de laboratorio con los siguientes resultados: Hb: 8.9 g/dL, VCM: 84 fL, HCM: 26.8 pg, CHCM: 31.9 g/dL, leucocitos: $15 \times 10^9/L$, neutrófilos: $13 \times 10^3 \text{ xmm}^3$, linfocitos: $2.3 \times 10^3 \text{ xmm}^3$, plaquetas: $310 \times 10^9/L$, sedimento urinario: >100 leucocitos x campo, urea: 89 mg/dl, creatinina: 1.85 mg/dl, glucosa: 98 mg/dl, Na+: 151 mEq/L, K+: 5.1 mEq/L, Cl: 100 mEq/L, Ca⁺⁺: 8 mg/dl, PCR: 88 mg/L, procalcitonina: 9 ng/ml, el urocultivo se encuentra aún en proceso.

Después de analizar estos resultados se diagnostica: 1) Infección del tracto urinario complicada, 2) Anemia moderada normocítica normocrómica, 3) Deshidratación moderada, 4) THE: hipernatremia, 5) HTA por historia clínica, 6) ERC estadio IV por historia clínica. Se toma la decisión de internar a la

paciente para corregir el trastorno hidroelectrolítico con hidratación y administrarle tratamiento antibiótico endovenoso con Meropenem a dosis corregida de 1g c/12h por 7 días según el valor de su última creatinina por ser paciente renal crónica.

En su 2do día, la paciente se muestra de buen ánimo, colaboradora, presenta apetito y refiere que las molestias urinarias han cesado notablemente, añade que la orina ya no presenta mal olor, por lo cual se le pide nuevamente un control de laboratorio donde se observa que el trastorno hidroelectrolítico está resuelto y el valor de la urea y creatinina han descendido a 55.1 mg/dl y 0.98 mg/dl respectivamente, es por ello que se corrige una vez más la dosis de Meropenem a 1g c/8h por los siguientes 5 días.

En su 5to día se recoge el urocultivo tomado en la 2da atención por emergencia donde se aísla E. Coli BLEE sensible a Meropenem por lo cual se continúa con el tratamiento ya que la paciente evoluciona favorablemente.

En su 6to día hospitalario la paciente se encuentra estable y totalmente asintomática, se le toma un nuevo sedimento urinario y urocultivo de control, obteniéndose un sedimento urinario negativo con el cual se confirma que la paciente responde correctamente al tratamiento. Ese mismo día es dada de alta y se le receta Fosfomicina de 3gr granulado en solución oral por 3 dosis (días 1, 4 y 7). Se le recuerda que debe recoger el resultado del último urocultivo en 5 días para su control por teleconsulta del servicio de Medicina Interna.

1.2.4. Caso clínico 4

Paciente femenina de iniciales A. H. P. R. de 89 años, procedente de La Molina, con antecedente de HTA y fibrilación auricular en tratamiento quien es traída por su hijo a la emergencia del CEMENA, quien refiere que 3 días antes del ingreso su madre presenta fiebre de 39°C, acompañada de cefalea y rinorrea que cede momentáneamente con paracetamol y luego reaparece.

Hace 2 días en adición al cuadro, familiares observan que paciente presenta lesiones en hemicara derecha muy dolorosas a la palpación superficial y que le causan picazón en el área, así como limitación de los movimientos faciales en dicha área.

El día de ayer la paciente le menciona a su cuidadora que no puede masticar ni deglutir los alimentos de forma correcta porque le causa mucho dolor, agrega que no oye bien por el oído derecho. La paciente mantiene sus funciones vitales dentro de los rangos normales, ventila de forma espontánea sin apoyo oxigenatorio, es colaboradora. Al examen físico: AREN, AREH, AREN, facie dolorosa.

- Piel y mucosas: Tibia, poco hidratada, poco elástica, llenado capilar < 2 segundos. No palidez, no ictericia, no cianosis. TCSC disminuido, no presenta edema. Se evidencian vesículas dolorosas y pruriginosas agrupadas de +-2mm que siguen el dermatoma del V par craneal en hemicara derecha y en paladar duro.
- Cabeza: normocéfala, pupilas isocóricas foto reactivas, cierre incompleto del párpado del ojo derecho, fosas nasales permeables, orofaringe congestiva, caída de la comisura derecha de los labios.
- Tórax y pulmones: Buena amplexación, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos palpables.
- Abdomen: globuloso, blando, depresible, RHA (+) conservados en tono e intensidad, no doloroso a la palpación, no se palpan masas, ni visceromegalia.
- Genitourinario: PPL (+), PRU (-).
- Sistema nervioso central: despierta, colaboradora, orientada en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos. Parálisis del nervio facial, afectación del nervio trigémino y del glossofaríngeo.

En este caso no se solicitan exámenes de laboratorio, en vista que el diagnóstico es clínico, basado en la historia clínica y la exploración física. Es un caso de Síndrome de Ramsay Hunt tipo II, un tipo de parálisis facial periférica, como consecuencia de la reactivación del virus Varicela Herpes Zóster que puede presentarse en adultos mayores, especialmente mujeres.

Se decide hospitalizar a la paciente por su edad y comorbilidades para brindarle tratamiento con Aciclovir de 500 mg EV c/ 8h + Pregabalina 1 tableta VO c/12h + Prednisona 50mg VO, todo ello por 7 días. En su 3er día hospitalario paciente presenta notable mejoría de sus síntomas, el dolor ha cesado y las lesiones vesiculares están cicatrizando, lo cual indica una buena respuesta al tratamiento.

En su 7mo día hospitalario la paciente se muestra asintomática por lo que es dada de alta con indicación de Valaciclovir 1g c/8h y Pregabalina 150 mg c/12h por 5 días, también se le menciona que debe acudir a su siguiente control por el servicio de Neurología.

1.3. Ginecología y Obstetricia

1.3.1. Caso clínico 1

A la consulta externa de Ginecología del Hospital de Chancay acude paciente de iniciales L. C. A. de 30 años, procedente de Huaral, quien refiere hace 3 días presenta prurito vulvovaginal acompañados de eritema vulvar, irritación y secreción vaginal blanquecino cremoso. La paciente tiene como antecedente consumo de Amoxicilina + Ácido clavulánico durante 10 días por extracción de 3ra molar. Se le pide que se coloque la bata para iniciar la evaluación ginecológica:

- Piel: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos. Leve palidez.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular en ambos hemitórax, no estertores, no signos de distrés respiratorio.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares de buena intensidad, no se auscultan soplos, pulsos periféricos palpables.

- Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación. RHA aumentados. No masas, ni visceromegalia.
- Genitourinario: se evidencia secreción blanquecina espesa, leve edematización y eritema de labios menores, a la colocación de espéculo se observan placas de color blanco en canal vaginal que al desprenderse presenta mucosa eritematosa.
- Sistema nervioso central: LOTEP, Glasgow 15/15.

Posterior a la evaluación y determinando el antecedente de uso de antibioticoterapia, se brinda el diagnóstico de Candidiasis Vulvovaginal, para terminar la consulta se brinda a la paciente el siguiente tratamiento: 1) Fluconazol 150 mg V. O. cada 24 horas por 3 días, 2) No duchas vaginales, 3) Usar ropa interior de algodón. Paciente acude 7 días después para control, a la evaluación no se evidencian lesiones antiguas.

1.3.2. Caso clínico 2

Por emergencia obstétrica del Hospital de Chancay ingresa la paciente de iniciales M. S. C. de 33 años G2P0010, quien se encuentra en trabajo de parto fase activa con dilatación de 9 cm, al interrogatorio rápido la paciente informa que tiene tos seca hace 3 días no asociada a fiebre, ni otros síntomas. Se le toma la prueba antigénica mientras ingresa a sala de partos. La paciente tiene parto eutócico, teniendo un RN saludable con Apgar 9 (1') - 9 (5') de adecuadas medidas antropométricas, se le coloca 10 UI de oxitocina intramuscular para el alumbramiento dirigido, dando una placenta completa, posterior a ellos se le realiza episiorrafia a horas 6 pasando a sala de puerperio. Luego llegan los resultados de prueba COVID-19 dando positivo, por lo que se traslada a la paciente a sala de puerperio en área COVID, y al RN al área de aislados en el servicio de UCI neonatológica. La madre indica contar con 3 dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2. Se le realiza puerperio inmediato cada 15 minutos, por dos horas culminando con:

- P. A.: 120/70
- F. C.: 85 x'
- F. R.: 19 x'

- Sat: 97 %
- Sangrado +/-+++
- Altura uterina: - 1 cm de cicatriz umbilical.

Al pase de visita el día siguiente presenta:

- Piel: Tibia, poco hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos. No palidez, no ictericia.
- Orofaringe: congestiva, no placas.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular en ambos hemitórax, no estertores, no signos de distrés respiratorio. Persiste tos seca asociado a rinorrea.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares de buena intensidad, no se auscultan soplos. Pulsos periféricos palpables.
- Abdomen: Blando, depresible, levemente doloroso a la palpación de hipogastrio, RHA (+). Altura uterina a - 2 cm de cicatriz umbilical.
- Genitourinario: Al tacto vaginal loquios de escasa cantidad sin mal olor, episiorrafia sin signos de flogosis, no secreciones.
- Sistema nervioso central: Despierta, pero somnolienta, LOTEP, Glasgow 15/15.

Cumpliendo las 24 horas de hospitalización post parto se le indica alta del servicio de Ginecología y Obstetricia con indicaciones de: 1) Sulfato ferroso 200 mg V. O. cada 24 horas por 30 días, 2) Paracetamol 500 mg V. O. cada 8 horas por 5 días, 3) Cetirizina 10 mg V. O. cada 12 horas por 4 días, 4) Pase a área COVID.
 Paciente culmina aislamiento en el área correspondiente hasta brindarle el alta a su hijo.

1.3.3. Caso clínico 3

Una de las causas más comunes de dolor pélvico agudo es recibido en la emergencia del CEMENA como es el caso de la paciente de iniciales C. G. J. H. de 28 años procedente de Los Olivos, entre sus antecedentes refiere haber tenido múltiples parejas sexuales y solo usar ampolla trimestral como método anticonceptivo.

La paciente menciona que desde hace 4 días presenta dolor mientras mantiene relaciones sexuales, llegando a observar escaso sangrado vaginal después del coito, añade que desde hace 3 días presenta dolor en fosa iliaca izquierda de intensidad 8/10 al reposo e incrementa a la deambulación causándole limitación para realizar sus actividades militares, indica que hace 2 días inició un cuadro de picos febriles de 38°C que no ceden a pesar de tomar paracetamol. En el examen físico se encuentra: AREG, AREN, AREH.

- Piel: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos. No palidez, no cianosis, no ictericia.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos palpables.
- Abdomen: Plano, blando, depresible, RHA (+) conservados en tono e intensidad, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio y fosa iliaca izquierda. Signo de rebote (+)
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-).
- Tacto vaginal: Útero AVF de 8 cm aprox., dolor a la movilización del cérvix y dolor a la palpación bimanual del anexo izquierdo, no se palpan masas anexiales.
- Especuloscopia: cérvix aparentemente sano, leve eritema en cérvix, salida de secreción amarillenta purulenta maloliente a través de OCE (se toma muestra para cultivo)
- SNC: despierta, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngicos.

Los exámenes de laboratorio solicitados dieron como resultado: Hb: 13 g/dL, leucocitos: $18 \times 10^9/L$, neutrófilos: $9 \times 10^3/xmm^3$, linfocitos: $2 \times 10^3/xmm^3$, plaquetas: $340 \times 10^9/L$, PCR: 67 mg/L, BhCG: negativo, VIH anticuerpo: negativo, RPR sífilis: negativo, sedimento urinario: negativo. Además, se le realiza una ecografía transvaginal donde se concluye que útero y ovarios tienen aspecto conservado, hay presencia de líquido libre en cavidad aprox. 20 cc y dolor a la ecopresión en anexo izquierdo.

La paciente se encuentra hemodinámicamente estable pero muy adolorida, los resultados obtenidos se interpretan como una infección de probable

etiología bacteriana ya que el hemograma muestra leucocitosis y neutrofilia, además del PCR que se encuentra elevado. Por lo tanto, el diagnóstico clínico es una Enfermedad Pélvica Inflamatoria estadio II, y se decide la hospitalización de la paciente para administrarle tratamiento antibiótico con Clindamicina 900 mg EV cada 8 horas + Gentamicina 160 mg EV cada 24 horas durante 3 días de forma empírica, terminado este se le realiza una toma de hemograma control, donde se observa una notable disminución de los leucocitos en $9 \times 10^9/L$ y neutrófilos en $6 \times 10^3/mm^3$. Además, la paciente refiere ya no presentar dolor y se encuentra afebril por más de 48 horas, por lo cual se decide darle de alta y cambiar a tratamiento vía oral hasta completar los 14 días. También se le aconseja a la paciente que evite tener relaciones sexuales no protegidas con su pareja hasta que ambos hayan completado el tratamiento.

1.3.4. Caso clínico 4

Otro interesante caso que se ve en el consultorio con frecuencia es el de la paciente de iniciales F. G. V. de 39 años procedente de Ancón, con antecedente de Obesidad y Diabetes Mellitus tipo 2 diagnosticada hace 3 años en tratamiento con metformina.

La paciente refiere que 6 días antes de la consulta nota cambios en su flujo ya que se ha tornado más grumoso y blanquecino sin olor, sin embargo, menciona que desde esa fecha tiene picazón intensa en los genitales, añade que 2 días después de notar eso, tuvo relaciones sexuales con su esposo las cuales fueron muy dolorosas y luego sintió ardor cuando fue al baño a orinar. Relata que la picazón se mantiene hasta la fecha y esta es la cuarta vez en los últimos 6 meses que tiene un cuadro de estas características, no recuerda qué diagnóstico le dieron las veces anteriores, pero recuerda haber llevado tratamiento con óvulos vía vaginal. En el examen físico se encuentra: AREG, AREN, ABEH.

- Piel: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos. No palidez, no cianosis, no ictericia.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.

- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos palpables.
- Abdomen: globuloso, blando, depresible, RHA (+) conservados en tono e intensidad, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no se palpan masas ni visceromegalia.
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-). Lesiones escoriativas eritematosas en genitales externos, leve edema de labios menores y mayores.
- Tacto vaginal: Útero AVF de 7 cm. Móvil, no doloroso a la lateralización, no masas anexiales.
- Especuloscopia: Se evidencia secreción de consistencia grumosa y color blanquecino, no mal oliente y con aspecto de requesón. Se toma cultivo de secreción.
- SNC: despierta, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos.

Se solicita un hemograma, glucosa, y sedimento urinario donde se obtienen: Hb: 11.5. g/dL, leucocitos: $4.7 \times 10^9/L$, neutrófilos: $5 \times 10^3 \text{ xmm}^3$, linfocitos: $1.9 \times 10^3 \text{ xmm}^3$, plaquetas: $275 \times 10^9/L$, glucosa: 148 mg/dl, sedimento urinario: negativo. En este caso también podemos discernir el diagnóstico sólo mediante la anamnesis y examen físico, el cual es Vulvovaginitis candidiásica recurrente, ya que la paciente tiene el antecedente de haber tenido 3 episodios similares previos a este en el último medio año, y cuenta con el antecedente de DM2, condición que la inmunosuprime. Por ello, el tratamiento para esta paciente es Fluconazol de 150mg VO cada 3 días por 3 dosis (días 1,4 y 7) + Clotrimazol 500 mg VV dosis única.

1.4. Cirugía y Traumatología

1.4.1. Caso clínico 1

En el Hospital de Chancay el departamento de Cirugía y Traumatología presenta de manera recurrente los casos de fracturas, hernias, colecistitis y apendicitis aguda. Una patología muy frecuente en el servicio es de la Colecistitis Aguda como el caso de la paciente de iniciales A. Y. O. C. de 29 años de sexo femenino procedente de Huaral, con un tiempo de enfermedad de 01 día. La paciente niega presentar antecedentes patológicos, y reacciones adversas medicamentosas.

El motivo de la emergencia es dolor abdominal de intensidad 10/10 tipo cólico en hipocondrio derecho que se irradia hacia la espalda, además refiere náuseas y vómitos posterior a la ingesta de pachamanca. Al examen físico se encuentra:

- AREG, AREN, AREH.
- Piel: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos, no signos de palidez, ni ictericia, ni cianosis.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular en ambos hemitórax, no se auscultan estertores, no presenta signos de distrés respiratorio.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares de buena intensidad, no se auscultan soplos, pulsos periféricos palpables.
- Abdomen: Blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho. Murphy (+), RHA (+). No se palpan masas, ni visceromegalia.
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-).
- Sistema nervioso central: despierta, LOTEP, Glasgow 15/15.

Se le solicitan exámenes de laboratorio y una ecografía abdominal, con los siguientes resultados: leucocitos: 6 670, hemoglobina: 13.7, plaquetas: 356 000, urea: 28, creatinina: 0.73, bilirrubina total: 0.66, bilirrubina directa: 0.22, bilirrubina indirecta: 0.44, proteína C reactiva: 11.09 y serológicos negativos. La ecografía muestra una vesícula biliar de 10 x 6 cm aproximadamente, pared engrosada de 9 mm con doble contorno y múltiples cálculos.

Según los criterios de Tokio, se concluye el diagnóstico definitivo de Colecistitis Aguda, por lo que se solicita riesgo quirúrgico para el correspondiente pase a sala de operaciones. Se decide realizar una colecistectomía laparoscópica. La cirugía se prolonga al encontrar un bacinete vesicular con adherencias y un conducto cístico de baja implantación.

Los hallazgos postoperatorios son: vesícula biliar de aproximadamente 12 x 4 cm con adherencias a bacinete, pared engrosada y contenido de múltiples cálculos. La paciente presenta una evolución favorable durante la hospitalización, tolera vía oral, no presenta signos de alarma, se encuentra con funciones vitales estables, es así que es dada de alta a las 24 horas con

indicaciones de Ketoprofeno 100 mg cada 8 horas por 4 días y enzimas digestivas cada 8 horas 15 minutos antes de cada comida. Una semana después acude a su control por consultorio externo de Cirugía donde se le retiran los puntos, se evidencia que presenta adecuada cicatrización.

1.4.2. Caso clínico 2

Este otro caso también se presenta en el Hospital de Chancay, el paciente de iniciales W. O. G. de 53 años de sexo masculino procedente de Chancayllo, refiere haber estado jugando fútbol en la playa del puerto de Chancay y al dar un salto siente como si le hubieran lanzado una piedra en la cara posterior del tobillo derecho, al tocarse percibe haber perdido la continuidad del tendón de Aquiles, además presenta dolor de intensidad 7/10 e impotencia funcional del miembro inferior derecho; es por ello, que su hija lo conduce a Emergencia General. En la entrevista indica no presentar antecedentes patológicos, niega alergias medicamentosas.

En la evaluación física se encuentra AREG, AREN, AREH.

- Piel: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos. No palidez, no cianosis, no ictericia.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular en ambos hemitórax, no se auscultan estertores, no signos de distrés respiratorio.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos palpables.
- Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación. RHA (+). No se palpan masas, ni visceromegalia.
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-).
- SOMA: Incapacidad para movilizar el miembro inferior derecho. Tobillo derecho con signo de hachazo en tendón de Aquiles, doloroso a la palpación y movilización, presencia de leve edema en caras laterales. Se observa signo de Thompson (+).
- SNC: despierto, colaborador, LOTEPE, Glasgow 15/15.

Posterior al examen físico se concluye el diagnóstico de ruptura de tendón de Aquiles, se le indica al paciente que el tratamiento es una cirugía y se iniciaron los exámenes de laboratorio y riesgo quirúrgico con los siguientes resultados: leucocitos: 8 900, hemoglobina: 12.3, plaquetas: 268 000, urea: 25, creatinina: 1.1, perfil de coagulación adecuado y un riesgo quirúrgico con ASA I. Al

cumplir las 6 horas de NPO se procede a llevar al paciente a SOP para iniciar el procedimiento quirúrgico.

Durante la cirugía se encontraron las fibras totalmente rotas del tendón de Aquiles, también ruptura del tendón plantar delgado, ambas lesiones son corregidas mediante tenorrafia, y posterior colocación de bota de yeso en equino en el miembro inferior derecho. Al día siguiente, a la evaluación el paciente presenta evolución, no doloroso a la palpación, tolera bien la vía oral, sin signos de alarma y funciones vitales dentro de los valores normales, es dado de alta con Ibuprofeno 400 mg cada 8 horas por 4 días y la indicación de uso de bota de yeso en equino por 8 semanas. Se le indica acudir a control dentro de 1 mes.

1.4.3. Caso clínico 3

Paciente varón de iniciales J. R. M. de 61 años procedente de Bellavista, con antecedente patológico de HTA desde hace 25 años en tratamiento y sin antecedentes quirúrgicos, llega a consultorio con un tiempo de enfermedad de 8 meses, refiere que tuvo su primer episodio de dolor tipo cólico en epigastrio e hipocondrio derecho de intensidad 10/10 luego de ingesta de parrillas que duró aproximadamente 30 minutos, el cual cede con el consumo de AINES.

Dos meses antes del ingreso presenta un segundo episodio de dolor tipo cólico intenso 9/10 en hipocondrio derecho posterior a ingesta de cena navideña, acompañado de náuseas y malestar general por lo que acude a Policlínico Naval de San Borja donde recibe tratamiento analgésico endovenoso, se le refiere a CEMENA para completar estudios y descartar un probable cólico vesicular, lugar donde se le realiza una ecografía abdominal estableciendo el diagnóstico de colecistitis litiásica y se le explica que debe ser intervenido en las próximas semanas. El paciente niega nuevo episodio en las últimas semanas. Acude a CEMENA para programación de cirugía electiva. Al examen físico: ABEG, ABEN, ABEH

- Piel: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos. No palidez, no cianosis, no ictericia.

- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos palpables.
- Abdomen: globuloso, blando, depresible, RHA (+) de buena intensidad y frecuencia, propulsivos, no doloroso a la palpación. Murphy (-), no se palpan masas.
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-).
- SNC: despierto, LOTEP, Glasgow 15/15, no signos meníngeos.

Entre los exámenes de laboratorio se solicitó: Hb: 14. g/dL, leucocitos: $7.6 \times 10^9/L$, neutrófilos: $4 \times 10^3 \text{ xmm}^3$, linfocitos: $3 \times 10^3 \text{ xmm}^3$, plaquetas: $400 \times 10^9/L$, grupo y factor RH: A+, glucosa: 87 mg/dL, urea: 18 mg/dL, creatinina: 0.78 mg/dL, TGO: 16.8 U/L, TGP: 12 U/L, PCR: 0.2 mg/dL, sedimento urinario: negativo, TC: 7", TS: 2", Hep B: no reactivo, Hep C: no reactivo, VIH: no reactivo, RPR: no reactivo, antígeno COVID-19: negativo.

Se solicita una nueva ecografía abdominal donde se halla:

- Hígado: Morfología conservada, no lesiones focales, tamaño conservado, ecogenicidad conservada.
- Vesícula biliar: mide 94 x 48 mm de pared engrosada hasta 6 mm. Muestra litiasis de 30 mm impactada en el infundíbulo de la vesícula, no edema de pared.

Se concluye en la presencia de una vesícula de aspecto hidrópico, con cambios crónicos y se asocia a litiasis, sin signos de agudeza, por lo cual el diagnóstico es una Colecistitis crónica calculosa, y el plan consiste en hospitalizar al paciente para realizarle una colecistectomía laparoscópica electiva.

El paciente es intervenido quirúrgicamente y los hallazgos operatorios son:

1. Vesícula biliar de aprox. 9 x 4 cm, paredes necrosadas de aprox. 6 mm conteniendo múltiples litos (el mayor de 3cm), bilis oscura, arteria cística única posterior y conducto cístico único anterior, epiplón mayor adherido a pared vesicular.
2. Restos de órganos sin alteraciones.

El paciente se encuentra estable después de la operación y lleva tratamiento antibiótico endovenoso con Ceftriaxona de 2 gr c/24h + Metronidazol 500mg c/8h por 10 días, además de tratamiento analgésico endovenoso con ketoprofeno 100 mg c/8h los tres primeros días y luego cambia a ketorolaco 10 mg c/ 12h vía oral. Durante los días que permanece hospitalizado, se observa que los puertos operatorios están bien afrontados y sin signos de flogosis, además la evolución del paciente es favorable. Después de terminado el tratamiento antibiótico, es dado de alta y debe volver en una semana de forma ambulatoria para retiro de puntos.

1.4.4. Caso clínico 4

Paciente femenina de iniciales G. E. D. V. de 28 años procedente de San Borja, sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos, llega a la emergencia del CEMENA con un tiempo de enfermedad de 24 horas presentando dolor abdominal que inicialmente se manifestó en región epigástrica y se fue irradiando a mesogastrio de intensidad 8/10, 15 horas antes del ingreso refiere haber presentado náuseas y 2 vómitos de contenido bilioso, 8 horas antes del ingreso presenta un pico febril de 39°C y el dolor se localiza en flanco y fosa iliaca derecha de intensidad 10/10, por lo cual acude a la emergencia del CEMENA. Paciente se encuentra hemodinámicamente estable, sin embargo, presenta facie dolorosa. Al examen físico: ABEG, ABEN, ABEH

- Piel: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos. No palidez, no cianosis, no ictericia.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos palpables.
- Abdomen: plano, blando, depresible, RHA (+) de buena intensidad y frecuencia, propulsivos, dolor a la palpación profunda de hemiabdomen inferior, a predominio de fosa iliaca derecha 10/10. Murphy (-), McBurney (+), Bloomberg (+), Lanz (+)
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-).
- SNC: despierto, LOTEP, Glasgow 15/15, no signos meníngeos.

Entre los exámenes de laboratorio se solicitó: Hb: 12 g/dL, leucocitos: 20 × 10⁹/L, neutrófilos: 10 ×10³xmm³, linfocitos: 3 ×10³xmm³, plaquetas: 420 ×

10⁹/L, grupo y factor RH: O+, glucosa: 91 mg/dL, urea: 21 mg/dL, creatinina: 0.89 mg/dL , TGO: 70 U/L, TGP: 90 U/L, PCR: 32 mg/dL , b-HCG: negativo, sedimento urinario: negativo, TC: 6", TS: 2", Hep B: no reactivo, Hep C: no reactivo, VIH: no reactivo, RPR: no reactivo, antígeno COVID-19: negativo.

Se solicita una ecografía abdominal donde se halla:

- Apéndice cecal: se evidencia proceso apendicular, inflamatorio, diámetro aproximado de 7 cm x 9 mm, líquido libre en cavidad, se aprecia apendicolito, distensión de asas.
- Anexos: diámetros conservados.

La ecografía muestra un proceso apendicular a correlacionar con clínica, por lo cual el diagnóstico es una Apendicitis aguda y el plan consiste en realizar apendicectomía de emergencia.

El paciente es intervenido quirúrgicamente y los hallazgos operatorios son:

1. Apéndice cecal de 9 x 1cm, necrosada en su tercio distal, base indemne, líquido turbio en cavidad aproximadamente 50 cc.
2. Restos de órganos sin alteraciones.

El paciente se encuentra estable después de la operación y lleva tratamiento antibiótico endovenoso con Ceftriaxona de 2 gr c/24h + Metronidazol 500mg c/8h por 7 días, además de tratamiento analgésico endovenoso con Metamizol 1 gr c/12h + Ketoprofeno 100 mg c/8h durante los tres primeros días, y luego es cambiado a Tramadol/Paracetamol 37.5 mg/325 mg c/8h + Simeticona 80 mg c/8h vía oral por los tres siguientes días. Durante su hospitalización, el paciente evoluciona y se observa que los puertos operatorios están bien afrontados y sin signos de flogosis. El paciente es dado de alta al terminar su tratamiento antibiótico, y es citado en una semana de forma ambulatoria para retiro de puntos.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Uno de los centros de salud de donde se obtienen estos casos clínicos es el Hospital de Chancay, el cual fue fundado el 17 de septiembre de 1971 gracias a donaciones por parte del gobierno de Alemania de dicho año.

Para el 2010 se cataloga al hospital como nivel II-2 bajo la dirección del Dr. Hidalgo Atoche López (3). El hospital se encuentra en el distrito de Chancay, en la provincia de Huaral, ubicada en el departamento de Lima. Actualmente el hospital cuenta con los servicios de consultorios externos: Ginecología, Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía General, Traumatología y Ortopedia, Pediatría y Neonatología, Psiquiatría, Urología, Gastroenterología, Cardiología, Neumología, Oftalmología, Neurología, Otorrinolaringología, Endocrinología, Infectología, Reumatología, Geriatria, Medicina Física y Rehabilitación, Anestesiología, CRED, Nutrición, Psicología y Odontología; además, cuenta con una emergencia general y otra obstétrica, 2 salas de operaciones, una farmacia ambulatoria, otra de hospitalización y de emergencia, un laboratorio clínico patológico, la Unidad de Cuidados Intensivos presenta 8 camas que se dividen entre UCI general y UCI COVID, adicionalmente cuenta con 2 camas de Trauma Shock, y desde el 2020 existe el área COVID con su respectivo módulo de hospitalización, finalmente el servicio de diagnóstico por imágenes cuenta con un ecógrafo, rayos X y recientemente un tomógrafo. Además, dispone de un comedor para el personal.

En el mes de febrero del 2022 se anunció la adquisición de un tomógrafo con próxima fecha de inicio de funcionamiento para marzo del presente año, este viene a ser un elemento de principal ayuda al diagnóstico para la población y los habitantes de sus alrededores, puesto que las referencias para tomografías a hospitales aledaños representaban un problema para el diagnóstico definitivo y oportuno para algunas patologías.

Durante el internado en este nosocomio se desarrollaron las capacidades necesarias para un correcto desempeño durante el SERUMS. Las labores

asignadas fueron a nivel de hospitalización, consultorios externos y emergencia de las 4 rotaciones. El horario era de lunes a sábado de 6:30 a 4:00 p. m., a excepción del servicio de Traumatología, donde el horario de salida era 7:00 p. m., se realizaron 1 guardia diurna y otra nocturna cada semana, durante este horario se cubría solo el almuerzo de los internos.

El hospital cuenta con un flujo de aproximadamente 15 a 25 pacientes por guardia en la emergencia de cada servicio, viéndose desde una gastroenterocolitis aguda hasta pacientes con TEC severo. El reto más impactante fue atender a los pacientes pediátricos con cuadro febril y gripal durante la 3ra ola de la pandemia, dado que la gran mayoría daba positivo a la toma de pruebas antigénicas para detectar el SARS-CoV-2.

El trabajo en piso de hospitalización consistía en realizar los ingresos y el llenado de las historias clínicas, evolucionar a los pacientes, presentar las historias durante el pase de visita, tramitar interconsultas y realizar las curaciones en casos que lo ameriten.

Finalmente, cuando contábamos con un paciente que requería manejo en hospital de mayor complejidad el interno debía acompañar al paciente durante la referencia en ambulancia.

Otros de los centros de salud de donde se extrajeron estos casos para su análisis fue el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara – CMST”, o también conocida por sus siglas “CEMENA”, la cual es una Institución Prestadora de Servicios de Salud Nivel III y fue inaugurada el 4 de julio de 1956 a través de la Resolución Suprema N°153 de fecha 12 de marzo de 1952, durante la gestión ministerial del Vicealmirante Roque A. Saldías Maninat.

Este nosocomio tiene como objetivo mantener psicológica y físicamente apto a su personal para el servicio, así como al personal naval en retiro y familiares con derecho, y está ubicado en el distrito de Bellavista, en la provincia constitucional del Callao (4).

Actualmente se han reabierto los consultorios externos de: Ginecología y Obstetricia, Medicina General, Cirugía General y Digestiva Endocrinología, Cardiología, Neurocirugía, Hematología, Traumatología y Ortopedia, Dermatología, Gastroenterología, Urología y Otorrinolaringología Reumatología, Geriátrica y Odontología; su infraestructura cuenta con 3 emergencias como son la de Medicina Interna, que cuenta con área de Trauma Shock, una de Cirugía General y otra Pediátrica.

Además, cuenta con un centro quirúrgico acondicionado con 5 salas de operaciones, una sala de recuperación post quirúrgica y una farmacia especial para esta área. Aparte de ello, tiene una farmacia para los pacientes hospitalizados y otra para los que son atendidos por emergencia. El laboratorio del hospital es parte de un convenio con Suiza Lab, siendo ésta la empresa encargada del análisis de todas las muestras tomadas en todos las IPRESS a cargo de la Marina de Guerra del Perú.

Tras la pandemia, se inauguró una nueva Unidad de Cuidados Intensivos COVID para la atención de 12 pacientes en estado crítico que requieren de manejos especiales; también se reorganizaron las salas de cada especialidad, con el fin de tener una sala especial para la atención de pacientes con infección activa por COVID-19.

El Centro Médico Naval dispone de un servicio de diagnóstico por imágenes con más de 4 ecógrafos y 2 máquinas portátiles para toma de rayos X, que son de gran ayuda, especialmente para pacientes que se encuentran postrados o son de difícil traslado. Además, cuenta con un pabellón para la toma de exámenes especiales, donde se tiene 2 tomógrafos y un resonador magnético funcionando las 24 horas del día, lo cual es útil para las emergencias que requieran de uso.

Las funciones del interno en el CEMENA son variables, dependiendo del servicio y su distribución. En el caso de Ginecología y Obstetricia, el servicio consta de realizar guardias de 12 horas, ya sean diurnas o nocturnas, donde 2 internos están a cargo de la evolución de las pacientes hospitalizadas y

reciben pacientes por emergencia, las cuales generalmente son gestantes para monitoreos.

En el caso de Pediatría, el servicio se distribuye en emergencia pediátrica, donde también hay 2 internos de guardia para recibir, atender y brindar tratamiento a niños hasta los 13 años 11 meses y 30 días piso de hospitalización de Pediatría donde la función básica del interno es evolucionar las historias clínicas de los pacientes, y apoyar en la realización de exámenes auxiliares para llegar al diagnóstico de cada caso, y el piso de Neonatología donde entrevista a la madre para conocer sus antecedentes antes del parto, brindar la atención inmediata al recién nacido, observar la salud del neonato, principalmente mediante el examen físico, durante los siguientes días.

Por otro lado, la rotación en especialidades quirúrgicas se divide en 7 semanas en el servicio de Cirugía General y Digestiva, 3 semanas en Traumatología y Ortopedia y 1 semana en Urología. La más extensa de ellas se divide entre las guardias en la emergencia, donde generalmente el interno aprende a suturar y brinda atención primaria ante accidentes; y el piso de hospitalización donde se encuentran internados alrededor de 25 pacientes separados por sexo y grado, donde la función principal del interno es evolucionarlos, participar en las todas las operaciones como 2do ayudante y hacer la limpieza de heridas bajo la supervisión de los residentes.

Para finalizar, el servicio de Medicina Interna también es dividido entre la emergencia, donde se atiende a todos los pacientes con síntomas de especialidades clínicas, a excepción de los pacientes sintomáticos respiratorios quienes siempre deben pasar primero por la carpa COVID, la cual sirve como triaje para realizar pruebas antigénicas de descarte; y las 7 salas de hospitalización para pacientes organizadas según sexo y grado, donde se debe evolucionar diariamente a los pacientes y verificar que a todos los pacientes se les realice los exámenes indicados y que se cumplan correctamente todos los pendientes.

Vale recalcar que en todas las rotaciones mencionadas se realizaron actividades académicas como exposiciones virtuales o presenciales, juntas médicas y conversatorios sobre temas de interés clínico y quirúrgico.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

Durante este capítulo se fundamenta el flujograma de atención de cada caso clínico, los criterios para cada diagnóstico y el manejo terapéutico mediante una atención multidisciplinaria en beneficio del paciente.

3.1. Pediatría y Neonatología

3.1.1. Caso clínico 1

En el caso de la paciente se debe definir lo que es una leucemia aguda para explicar el cuadro clínico, estas son proliferaciones neoplásicas de células hematopoyéticas inmaduras que se originan en la médula ósea, se caracterizan por la presencia de blastos, con lo que consecuentemente existe una falta de glóbulos rojos, leucocitos y plaquetas. Se divide en dos grandes grupos: la leucemia linfoide y mieloide aguda, dentro de estas la linfoide aguda es la más frecuente durante la infancia. Las manifestaciones clínicas son anemia severa, hemorragia asociada a un valor de plaquetas < 100 000 y recuento celular < 10 000.

Sin embargo, en este caso la paciente presentó una hiperleucocitosis que según la literatura aumenta la viscosidad sanguínea lo que lleva a un daño endotelial produciendo hemorragias secundarias que se tornan mortales al darse a nivel del SNC o pulmón (5). Para reducir el valor de leucocitos en sangre se requiere hiperhidratación alcalina y alopurinol, además de recambio sanguíneo, pero no se contaba con los medios necesarios, por lo que se brindó cuidados paliativos.

3.1.2. Caso clínico 2

Según la Norma Técnica vigente para la prevención de la transmisión materno infantil de Sífilis se considera como caso de sífilis congénita cualquier recién nacido que cumpla con uno o más de las siguientes condiciones:

- Todo producto de la gestación de una gestante con sífilis y sin tratamiento completo y adecuado.
- Todo producto de la gestación o niños menores de 02 años de edad, de una madre con serología reactiva para sífilis (PRD/PRS o RPR) y con evidencia clínica o laboratorial de infección por sífilis.

La evidencia clínica incluye: brote maculopapular, hepatoesplenomegalia, rinorrea mucosanguinolenta, prematurez, bajo peso, hidropesía fetal, ictericia patológica, neumonía intersticial, compromiso óseo y anomalías hematológicas.

En el caso de la evidencia laboratorial se considera:

- RN con una serología no treponémica al menos de 2 veces mayor a los títulos maternos.
- Detección de IgM específica para *T. pallidum* por FTA Abs.
- Demostración por microscopía de campo oscuro o prueba directa con anticuerpos fluorescentes para la presencia de *T. pallidum* en el cordón umbilical, la placenta, secreción nasal o lesión cutánea (6).

-

En este caso, la madre, quien había sido tratada previamente con una dosis semanal de Penicilina G Benzatínica hasta completar 3 dosis, tenía 2 días al momento del parto y el recién nacido 4 días. Si bien no cumplía los criterios clínicos ni laboratoriales se le inició tratamiento a la espera de los resultados del FTA Abs, el cual fue: Penicilina G Sódica 50 000 UI/kg/dosis EV cada 12 horas (los primeros 7 días de vida) y cada 8 horas (después de los 7 primeros días de vida) hasta completar 10 días. Sin embargo, al salir FTA Abs negativo días después, hace que se suspenda el tratamiento y el paciente pueda ser dado de alta.

3.1.3. Caso clínico 3

Según la Guía de Práctica Clínica Diarrea Aguda y Cólera en la Niña y el Niño aprobado en el 2017, la parte más importante del diagnóstico para la Enfermedad Diarreica Aguda es el examen físico completo con énfasis en determinar el estado de hidratación del paciente.

Para comprobar los signos de deshidratación debemos preguntarnos si el niño o niña está alerta, intranquilo o irritable, letárgico o inconsciente, si los ojos están normales o hundidos, si rechaza los líquidos o es incapaz de beberlo por el estado de letargia o lo bebe con avidez, y si hay presencia del signo del pliegue. Además, debemos tomarle la temperatura porque de haber fiebre

puede ser indicativo de una deshidratación grave, una infección intestinal o de cualquier otro sistema.

Si el paciente no tiene ningún signo de deshidratación debe recibir el Plan A, por el contrario, si tiene 2 o más signos de deshidratación debe recibir el Plan B, y en caso el paciente presente 2 o más signos de deshidratación incluyendo por lo menos un signo clave como: letargia o inconsciencia, bebe mal o no es capaz de lactar; estaría frente a una deshidratación severa que debe recibir el Plan C (7).

3.1.4. Caso clínico 4

En la Escabiosis, la combinación del prurito y las lesiones elementales causan una erupción con particularidades propias, altamente diagnósticas. Al comienzo de la infestación, se presentan lesiones directas como vesículas y surcos acarinos, los cuales son elementos fácilmente detectables. Al extenderse el proceso, la erupción se torna polimorfa, integrándose pápulas, nódulos, costras hemáticas y melicéricas, así como escoriaciones que componen un conjunto de lesiones difíciles de confundir con otras enfermedades dermatológicas por lo cual, el diagnóstico se torna sencillo y el tratamiento llega a ser oportuno.

El uso de Permetrina en escabiosis es el tratamiento de primera línea por presentar gran eficacia y seguridad, sin embargo, algunas bibliografías prefieren evitar su uso en gestantes y niños menores de 2 años (8).

3.2. Medicina Interna

3.2.1. Caso clínico 1

Los pacientes diabéticos presentan riesgos para complicaciones dentro de ellos el más importante es el pie diabético que tiene como formas de presentación la neuropatía y la insuficiencia vascular periférica. Al pie diabético se le brinda el manejo correspondiente basándose en la clasificación de Wagner:

- Grado 0: ausencia de úlceras en un pie de alto riesgo.
- Grado 1: úlcera superficial que compromete todo el espesor de la piel, pero no tejidos subyacentes.
- Grado 2: úlcera profunda, penetrando hasta ligamentos y músculos, pero no compromete el hueso o la formación de abscesos.
- Grado 3: úlcera profunda con celulitis o formación de abscesos, casi siempre con osteomielitis.
- Grado 4: gangrena localizada.
- Grado 5: gangrena extensa que compromete todo el pie.

En base a esta clasificación los pies diabéticos Wagner 0 y 1 deben ser manejados en el primer nivel de atención, mientras que los que son mayores a un Wagner 2 deben ser referidos a un centro nivel II o III. Las úlceras deben ser lavadas únicamente con solución fisiológica, no se debe usar antisépticos tópicos que no permitan la granulación. Y no se recomienda la terapia con oxígeno hiperbárico (9).

En el caso de este paciente optó por un tratamiento no recomendado en la norma técnica y sin evidencia científica, que meses después concluyó de igual manera en amputación por haber avanzado de Wagner.

3.2.2. Caso clínico 2

La pancreatitis aguda requiere 2 de 3 criterios para su diagnóstico: dolor abdominal intenso de inicio súbito en epigastrio irradiado a la espalda, amilasa (o lipasa) 3 veces su valor normal, y/o hallazgos característicos de la pancreatitis aguda en estudio de imágenes como la TAC o RMN. Se usan los criterios de Ranson para evaluar severidad de la pancreatitis, estos son:

0 horas:

- Edad > 55 años
- Leucocitos > 16 000/mm³
- Glucemia > 200 mg/dL
- LDH > 350 U/L
- AST > 250 U/L

48 horas:

- Hematocrito: caída de ≥ 10 %
- BUN: incremento de ≥ 5 mg/dL
- Calcio en suero < 8 mg/dL

- PO₂ > 60 mmHg
- Déficit de base > 4 mEq
- Secuestro de líquidos > 6 000 ml

En caso de presentar < 3 criterios se cataloga pancreatitis aguda leve, y los casos con > 3 criterios, graves. En el caso del paciente solo contaba con 1 criterio que era el valor del AST > 250, por eso se catalogó como una pancreatitis leve.

También se aplican los criterios tomográficos de Balthazar:

- A: normal.
- B: agrandamiento difuso del páncreas.
- C: anomalías intrínsecas del páncreas asociado a cambios del tejido peri pancreático.
- D: presencia de una colección mal definida.
- E: presencia de 2 o más colecciones líquidas mal definidas.

Según esta clasificación el paciente concuerda con el tipo C que brinda 2 puntos sumado a los 0 puntos del compromiso necrótico, porque no presentaba en la tomografía, se da un total de 2 puntos lo que indica baja severidad (10).

Dentro del manejo es fundamental mantener al paciente en NPO, hidratación y analgesia condicional al dolor abdominal, en este caso el paciente evolucionó bien a las 48 horas, por lo que se inició dieta líquida y fue dado de alta tolerando dieta completa.

3.2.3. Caso clínico 3

La infección de tracto urinario complicada aparece debido a factores anatómicos, funcionales o farmacológicos que predisponen al paciente a una infección persistente o fracaso del tratamiento. Comprende desde una cistitis complicada hasta una urosepsis con choque séptico. El tratamiento empírico con fluoroquinolonas es de elección en ITUs complicadas y no complicadas.

Sin embargo, su uso como terapia de primera línea para el tratamiento de la ITU debería ser desalentado en pacientes con alta resistencia antibiótica debido a un tratamiento antibiótico reciente o residen en un área donde hay

gran resistencia. En pacientes que requieren ser hospitalizados por ITU complicada, la terapia empírica debe incluir la administración endovenosa de alguno de los siguientes: ciprofloxacina, ceftazidima, cefoperazona, cefepima, imipenem-cilastatina o la combinación de una penicilina antipseudomona con un aminoglicósido (11).

3.2.4. Caso clínico 4

El herpes zóster es la recurrencia del virus de la varicela padecida durante la niñez, la permanencia del virus en el ganglio geniculado del nervio facial a largo plazo permite que estos pacientes tengan un 20 % de probabilidad de padecer este síndrome. El principal factor de riesgo para el herpes zóster es la edad avanzada ya que con el aumento del tiempo después de la infección de la varicela, hay una reducción en el nivel de inmunidad de células T al VVZ.

Su diagnóstico temprano es muy importante, ya que el tratamiento antiviral en las primeras 72 horas desde su inicio es crucial para la resolución de los síntomas. El diagnóstico de este síndrome es eminentemente clínico, se basa en la presencia de parálisis facial, erupción herpética y alteraciones auditivas. Las complicaciones de este síndrome pueden ser graves como: ataxia cerebelosa, mielopatía inflamatoria, meningo encefalitis y neuralgia posherpética, que es la más frecuente (12).

3.3. Ginecología y Obstetricia

3.3.1. Caso clínico 1

La candidiasis vulvovaginal tiene una clínica característica que permite un diagnóstico oportuno, entre sus manifestaciones clínicas presenta eritema y prurito vulvar, asociado a flujo vaginal anormal blanquecino cuarteado de consistencia similar al queso cottage, también puede presentar ardor, dolor e irritación vulvar. Dentro del manejo de la candidiasis según la evidencia científica contamos con la terapia tópica y oral, en el caso de la tópica se usan azoles como el Clotrimazol en óvulos vaginales en combinación con Clotrimazol en crema al 2 % por 3 días, y en el caso de la terapia oral se indica Fluconazol 150 mg por vía oral en dosis única (13). En el caso de la paciente

tratada se recetó azoles por vía oral en 3 dosis por el factor de riesgo presente de consumo de Amoxiclavulanico.

3.3.2. Caso clínico 2

La guía de atención de parto en pandemia por Covid-19 de EsSalud indica que de contar con una prueba rápida positiva para SARS-CoV-2 y cursar con fase activa de trabajo de parto se debe hospitalizar en ambiente aislado contando con monitoreo materno, monitoreo fetal continuo y atención del parto de acuerdo al manejo estándar con condiciones de bioseguridad. El caso de la paciente se catalogó como leve dado que únicamente cursaba con tos, congestión nasal y malestar general. Además, la guía también indica que el alta debe darse a las 48 horas e iniciar aislamiento domiciliario en casos leves. Sin embargo, a la paciente se le indica aislamiento en área COVID porque el RN permanecía en aislados de UCI neonatal (14).

3.3.3. Caso clínico 3

Se sospecha EPI en toda mujer joven, sexualmente activa con dolor abdominal bilateral y exploración bimanual dolorosa, luego de haber descartado el embarazo.

Los criterios mayores son:

- Dolor abdominal pélvico, sordo, continuo, progresivo bilateral
- Dolor anexial en la exploración
- Dolor a la movilización cervical en la exploración.
- Historia de actividad sexual en los últimos meses

Los criterios menores son:

- Temperatura > de 38 °C
- Leucocitosis > 10.500
- VSG elevada
- Proteína C reactiva elevad
- Exudado anormal endocervical (leucorrea cervicovaginal de aspecto purulento y/o exudado en fresco con abundantes PMN)
- Infección cervical documentada por *N. gonorrhoeae* y/o *C. trachomatis*.

Diagnóstico definitivo:

- Engrosamiento de las trompas y líquido en las mismas con o sin líquido pélvico libre o en complejo tubo-ovárico en eco transvaginal u otra prueba de imagen.
- Laparoscopia que confirme el diagnóstico y aislamiento en muestra peritoneal de *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* o flora polimicrobiana.
- Endometritis en biopsia endometrial.

La EPI se clasifica en:

- Estadío I: Salpingitis aguda sin peritonitis.
- Estadío II: Salpingitis aguda CON peritonitis.
- Estadío III: Salpingitis con formación de absceso tubovárico.
- Estadío IV: Rotura de absceso.

Se debe iniciar tratamiento inmediatamente cuando haya sospecha clínica para evitar secuelas, se sugiere utilizar antibióticos de amplio espectro que cubran *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* durante 2 semanas de tratamiento. En caso de absceso pélvico, detección de *T. vaginalis*, vaginosis bacteriana, antecedente de instrumentación ginecológica o cuadro moderado a grave, se debe añadir un antibiótico que cubra anaerobios.

Además, se debe ofrecer detección de Gonococo, *Chlamydia* y otras ETS a las parejas con las que la paciente ha mantenido relaciones sexuales en los 2 meses previos a la aparición de los síntomas (15).

3.3.4. Caso clínico 4

La vulvovaginitis candidiásica recurrente se presenta muy frecuentemente en la práctica diaria. La sintomatología que produce causa molestias crónicas que repercuten seriamente en las actividades de la vida diaria de la paciente. El diagnóstico debe ser confirmado siempre mediante cultivo y el tratamiento debe basarse en el uso de antifúngicos, tópicos u orales, inicialmente con triple terapia para eliminar los síntomas e intentar eliminar los reservorios; seguida de un tratamiento de mantenimiento que dura 6 a 12 meses (16).

3.4. Cirugía y Traumatología

3.4.1. Caso clínico 1

Para el diagnóstico de la Colecistitis Aguda se usan los criterios diagnósticos de Tokio:

A. Signos locales de inflamación:

- Signo de Murphy.
- Masa, dolor, sensibilidad en cuadrante superior derecho.

B. Signos sistémicos de inflamación:

- Fiebre.
- PCR elevada.
- Leucocitos elevados.

C. Hallazgos de imágenes:

- Hallazgos de imágenes característicos de colecistitis aguda.

En base a esto:

- Sospecha diagnóstica: un ítem A + un ítem B
- Diagnóstico definitivo: un ítem A + un ítem B + C (17).

Es por ello que el paciente ingresó a SOP por un diagnóstico definitivo de colecistitis aguda cumpliendo los 3 criterios de Tokio.

3.4.2. Caso clínico 2

La ruptura del tendón de Aquiles tiene un diagnóstico netamente clínico: dolor súbito en la zona posterior del miembro afectado o la sensación de una patada o que le tiraron una piedra (signo de la pedrada) asociado a un chasquido, a la evaluación física se debe observar la pérdida de continuidad en la zona de la lesión (signo del hachazo) y la incapacidad de la flexión plantar (signo de Thompson).

Respecto al tratamiento se elige la vía quirúrgica, que consiste en la tenorrafia del tendón de Aquiles, en casos de pacientes jóvenes o que realicen actividad física, mientras que se opta por un tratamiento conservador en pacientes adultos mayores con poco desplazamiento (18).

3.4.3. Caso clínico 3

La colecistitis crónica es la complicación más frecuente de la colelitiasis. Los pacientes presentan cólico biliar de manera característica, debido a una obstrucción del cístico por cálculos biliares. El dolor en hipocondrio derecho es intenso y suele asociarse a una ingesta copiosa de grasas, por lo cual

aparte del dolor también presentan náuseas y vómitos. En un episodio doloroso, el tratamiento ideal son analgésicos y espasmolíticos, sin embargo, el tratamiento definitivo es una colecistectomía electiva (19).

3.4.4. Caso clínico 4

La primera causa de abdomen agudo quirúrgico es la apendicitis aguda (20).

Posee cuatro estadios evolutivos:

1. Apendicitis congestiva o catarral.
2. Apendicitis flemonosa o supurada.
3. Apendicitis gangrenosa o microscópicamente perforada.
4. Apendicitis perforada.

Por otro lado, la escala de Alvarado modificada brinda un puntaje según los siguientes criterios: dolor migratorio hacia la fosa iliaca derecha (1 punto), anorexia (1 punto), náusea y vómito (1 punto), dolor a la palpación de fosa iliaca derecha (2 puntos), rebote positivo en la fosa iliaca derecha (1 punto), temperatura mayor de 37.5 (1 punto) y leucocitosis (2 puntos). De acuerdo con la suma de puntos será el manejo:

- Puntaje 0-3: bajo riesgo para apendicitis y podría egresarse con la consejería de regresar si no presenta mejoría sintomática.
- Puntaje 4-6: hospitalización; si el puntaje se mantiene igual después de 12 horas, se recomienda la intervención quirúrgica.
- Hombre con puntaje de 7-9: apendicectomía.
- Mujeres no embarazadas con puntaje de 7-9: laparoscopia diagnóstica y apendicectomía si se encuentra indicada por los hallazgos transoperatorios (21).

El diagnóstico es clínico, los exámenes de laboratorio y otros estudios son de apoyo, por ello es importante valorar y diagnosticar a tiempo, debido a que el retraso en su diagnóstico aumenta la morbimortalidad del paciente.

El tratamiento de la apendicitis aguda es quirúrgico y el uso de los antibióticos está descrito durante el pre y postoperatorio, para así cubrir a los microorganismos principalmente involucrados en cada fase de este padecimiento como se mencionó en líneas anteriores.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Si bien es cierto que durante la pandemia se restringió el internado médico en muchos establecimientos de salud, también se vio la apertura del primer nivel de atención para suplir estas carencias. Sin embargo, se plantearon opciones alternas para que el desarrollo de este año académico sea netamente en establecimientos de mayor nivel de complejidad, como fue el caso de los centros médicos de las fuerzas armadas u hospitales fuera de Lima Metropolitana donde se tenía que postular para alcanzar una vacante.

El internado médico como formación profesional permite desarrollar las máximas habilidades del futuro médico general, no solo brinda conocimiento en el campo laboral, también conlleva al desarrollo de la empatía con el paciente y su familia. Los conocimientos adquiridos provienen de la casuística observada en los diversos servicios, principalmente en el área de emergencia donde la práctica hace que los internos puedan manejar los casos leves y una parte de los moderados, es también fundamental complementar el trabajo práctico con el teórico, revisando a diario la literatura basada en evidencia para mejorar el manejo brindado.

Cabe mencionar que se logra un mejor desempeño trabajando con disciplina, dado que existe un horario determinado a cumplir, a esto se agrega que en muchas ocasiones hay que acudir más temprano al hospital para culminar a tiempo las evoluciones diurnas.

También es importante hacer mención del gran apoyo académico que brindan los médicos asistentes de los servicios de rotación. La gran mayoría de ellos dedican tiempo a los internos para realizar exposiciones donde el éste desarrolla temas que se abordan en el Examen Nacional de Medicina (ENAM), posterior a ello, el médico asistente brinda información necesaria para complementar la ponencia y esclarece las dudas pendientes.

Se considera esta etapa como la prueba de fuego del estudiante de medicina, porque es aquí donde el interno se enfrenta a los pacientes, deduce los posibles diagnósticos, solicita exámenes auxiliares precisos para confirmar el

diagnóstico definitivo, brinda un manejo de emergencia y un tratamiento ambulatorio, siempre tomando en cuenta la promoción y prevención de salud. Al finalizar el internado médico, el futuro médico debe saber manejar las enfermedades más comunes, y determinar en qué momento se debe realizar una referencia a un centro de mayor complejidad o derivar a un paciente a consultorios especializados.

CONCLUSIONES

El internado tiene como misión principal preparar a los futuros doctores para poder atender las enfermedades de mayor demanda en su entorno y así dar solución a las principales necesidades en salud.

A pesar de la pandemia por COVID-19 y a las restricciones dadas por la coyuntura, los actuales internos lejos de sentirse en desventaja, deben valorar la oportunidad de tener prácticas médicas y tomarlas como impulso para aprender y obtener el máximo provecho de cada caso clínico, con el fin de conocer a fondo la exploración física, diagnóstico y manejo de las patologías más representativas de cada rotación.

Por otro lado, las autoridades que están a cargo del internado médico han velado para que el presente año sea desarrollado de manera provechosa en la mayoría de lo posible. Este último año de la carrera médica sigue siendo un periodo de vasto aprendizaje, con experiencias enriquecedoras para afianzar y reforzar las competencias del futuro médico como se ha visto en los casos relatados previamente, que busca robustecer el pensamiento lógico y la capacidad de resolución del profesional de salud.

Mencionado esto, se recalca la importancia de aprovechar al máximo las 4 rotaciones como son Medicina Interna, Cirugía general, Pediatría y Ginecología y Obstetricia, ya que cada momento al lado del paciente ayuda al interno a formarse de manera consciente y responsable sobre los conocimientos que adquiere.

RECOMENDACIONES

A modo de recomendación para los futuros internos les sugerimos optar por una rotación que sea al 100% hospitalaria. Si bien es cierto que el tiempo de trabajo es mayor y existe más carga laboral que en el PNA, los hospitales son los establecimientos de salud que reciben patologías de mayor diversidad y complejidad, por lo tanto, los internos que roten ahí podrán explotar al máximo sus habilidades médicas.

Sería de gran apoyo, por parte del MINSA, que a los futuros médicos se les brinde plazas en centros hospitalarios a tiempo completo. Asimismo, se debe considerar el mantener el estipendio mínimo vital para los internos de Medicina de todo el Perú, ya que durante esta etapa se acarrearán importantes gastos para cubrir las necesidades básicas de los estudiantes, a quienes también deben otorgarles un seguro de salud, además de brindarles alimentación durante el horario de trabajo.

Sin más que añadir, esperamos tener la calidad de médicos que la población peruana merece.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS [Internet]. [citado 27 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
2. Board TE. Opinion | Here Comes the Coronavirus Pandemic. The New York Times [Internet]. 29 de febrero de 2020 [citado 27 de febrero de 2022]; Disponible en: <https://www.nytimes.com/2020/02/29/opinion/sunday/corona-virus-usa.html>
3. Bienvenidos al Hospital de Chancay [Internet]. [citado 27 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://www.hospitaldechancay.gob.pe/>
4. La Marina de Guerra del Perú. Centro Médico Naval "CMST". 2022. Disponible en: <https://www.disamar.mil.pe/dicemena/>
5. Rizzardini C, Espinoza X. Urgencias oncológicas: lisis tumoral. Revista Pediatría Electrónica. 2005;2(2).
6. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Norma técnica de salud para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, Sífilis y Hepatitis B. 2019; 41-6.
7. Instituto Nacional de Salud. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años - Versión extensa. Abril 2017; 1-133.
8. Aznar SL, Aznar EC, Calleja CC, Barrena VG. Escabiosis: Lesiones pruriginosas altamente contagiosas. ISSN. 2018;15:6.
9. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control del pie diabético. 2017; 12-9.
10. Boadas J, Balsells J, Busquets J, Codina-B A, Darnell A, Garcia-Borobia F, et al. Valoración y tratamiento de la pancreatitis aguda.

Documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia, Societat Catalana de Cirurgia y Societat Catalana de Pàncrees. Gastroenterol Hepatol. 1 de febrero de 2015;38(2):82-96.

11. Echevarría-Zarate J, Sarmiento Aguilar E, Ososres-Plenge F. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. Acta méd. peruana. Enero de 2006;23(1):26-31.
12. Orgaz Gallego MP, Curbelo del Bosco JM, Tricio Armero MÁ, Pérez Sánchez S. Síndrome de Ramsay Hunt: a propósito de un caso. Rev Clin Med Fam. Junio de 2016;9(2):119-22.
13. Dovnik A, Golle A, Novak D, Arko D, Takač I. Treatment of vulvovaginal candidiasis: a review of the literature. Act Dermatoven Alp Pannonet Adriatica [Internet]. 15 de marzo de 2015 [citado 27 de febrero de 2022];24(1). Disponible en: <http://acta-apa.mf.uni-lj.si/journals/acta-dermatovenerol-apa/papers/10.15570/actaapa.2015.2/actaapa.2015.2.pdf>
14. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Recomendaciones clínicas para el manejo del parto en el contexto de pandemia de Covid-19. Seguro Social de Salud - EsSalud. 2020; 15-25.
15. Baquedano Mainar L, Lamarca Ballesteros M, Puig Ferrer F, Ruiz Conde MA. Enfermedad inflamatoria pélvica: un reto en el diagnóstico y tratamiento precoz. Rev Chil Obstet Ginecol. 2014;79(2):115-20.
16. Cararach Tur M, Comino Delgado R, Davi Armengol E, Marimon García E, Martínez Escoriza JC, Palacios Gil-Antuñano S, et al. La vulvovaginitis candidiásica recurrente. Prog Obstet Ginecol. 1 de febrero de 2013;56(2):108-16.
17. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la colelitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis. Seguro Social de Salud - EsSalud. 2018; 37-47.

18. Barrios-Cárdenas A, Lazo-Vera J. Características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de la ruptura de tendón de Aquiles. Act Ortopéd Mex. 2021;35(3):252-6.
19. Arámburu E. Colelitiasis y sus Complicaciones: Colecistitis, Coledocolitiasis y Colangitis. [Internet]. Asociación Mexicana de Cirugía General. 2018 [citado 28 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://amcg.org.mx/colelitiasis-colecistitis-coledocolitiasis-colangitis/>
20. Rebollar GRC, García ÁJ, Trejo TR. Apendicitis aguda: Revisión de la literatura. Rev Hosp Jua Mex. 2009;76(4):210-216.
21. Hernández-Cortez J, León-Rendón JLD, Martínez-Luna MS, Guzmán-Ortiz JD, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cir. gen. Marzo de 2019;41(1):33-8.