



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA EN LOS HOSPITALES JOSÉ
CASIMIRO ULLOA, SAN BARTOLOMÉ Y CENTRO DE SALUD
MATERNO INFANTIL MAGDALENA JUNIO 2021-ABRIL 2022**

**PRESENTADO POR
DANIEL RENÉ SOMOCURCIO RIVERA**

**ASESORA
TANIA RÍOS MARROQUÍN**

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

LIMA– PERÚ

2022



Reconocimiento

CC BY

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



USMP | FACULTAD DE
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES | MEDICINA HUMANA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA EN LOS HOSPITALES JOSÉ
CASIMIRO ULLOA, SAN BARTOLOMÉ Y CENTRO DE SALUD
MATERNO INFANTIL MAGDALENA JUNIO 2021-ABRIL 2022**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR:

DANIEL RENÉ SOMOCURCIO RIVERA

**ASESORA
DRA. TANIA RÍOS MARROQUÍN**

**LIMA, PERÚ
2022**

ÍNDICE

RESUMEN	¡Error! Marcador no definido.
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	12
1.1. Rotación en pediatría	15
1.1.1. Ingesta accidental de cáusticos, obesidad y síndrome metabólico	15
1.1.2. Miliaria sobreinfectada y Becegeítis	18
1.2. Rotación en Medicina Interna	20
1.2.1. Neumonía por COVID 19	20
1.2.2. Pancreatitis aguda biliar	20
1.3. Rotación en Ginecología y Obstetricia.....	21
1.3.1. Hipertensión arterial más preeclampsia sobreagregada.....	21
1.3.2. Ruptura prematura de membranas	23
1.4. Rotación en Cirugía General.....	24
1.4.1. Apendicitis aguda supurada	24
1.4.2. Hernia umbilical sin obstrucción ni gangrena	25
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL.....	28
3.1. Rotación en Pediatría	28
3.1.1. Ingesta accidental de cáusticos, obesidad y síndrome metabólico	28
3.1.2. Miliaria sobreinfectada y Becegeítis	31
3.2. Rotación en Medicina Interna	34
3.2.1. Neumonía por COVID19	34
3.2.2. Pancreatitis aguda biliar	36
3.3. Rotación en Ginecología y Obstetricia	40
3.3.1. Hipertensión arterial más preeclampsia sobreagregada.....	40
3.3.2. Ruptura prematura de membranas	42
3.4. Rotación en Cirugía General.....	46
3.4.1. Apendicitis aguda supurada	46
3.4.2. Hernia umbilical sin obstrucción ni gangrena	50
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA.....	51
CONCLUSIONES.....	53
RECOMENDACIONES	54
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	56

JURADO

Presidente: M. E. Víctor Hinostraza Barrionuevo

Miembro: M. E. Jorge Carlos Vela Rodríguez

Miembro: M. E. Kattia Arribasplata Purizaca

RESUMEN

La actividad del Internado en Medicina Humana es una experiencia vivencial que representa la conjugación en la práctica de las competencias adquiridas durante el desarrollo de nuestras actividades como estudiantes a lo largo de nuestra carrera.

El desarrollo de las aptitudes, conocimientos y prácticas desempeñados en base a los diferentes contenidos de los syllabus correspondientes a cada curso de la carrera, se han ido integrando en nuestro conocimiento y permitiendo el desarrollo de numerosas destrezas necesarias para la ulterior actividad asistencial. La madurez en nuestro raciocinio, en base a los conceptos integrados de una medicina contemporánea adaptada a los nuevos conocimientos y al desarrollo actualizado de numerosas técnicas de evaluación de la enfermedad, nos ha permitido realizar un análisis crítico de los casos que en nuestra práctica hemos podido experimentar.

El desarrollo del Internado en Medicina Humana nos ha permitido integrar todo ese bagaje de conocimientos tanto teóricos como prácticos adquiridos durante todos los años de dedicación y estudios académicos en las aulas y los laboratorios de la universidad, y poder ponerlos en práctica, evidenciando todas las vicisitudes que conlleva cada caso en particular en su complejidad y en su drama humano y social.

La experiencia en el internado médico es invaluable y marca una diferencia en el saber hacer, para lo cual conjugamos los consejos y conocimientos de nuestros profesores y la información disponible en los libros y medios digitales, y los utilizamos en la actividad práctica de los diferentes profesionales de la salud con los que hemos tenido que integrarnos y trabajar al unísono para el beneficio de nuestros pacientes.

Todas las épocas en el desarrollo de la medicina han tenido como marco una situación social, económica, política local y mundial que han marcado

ciertos parámetros especiales en el desarrollo de las actividades en salud. Tal es el caso, por ejemplo, de la Medicina Humana en la época de nuestro mártir Daniel Alcides Carrión, quien como estudiante vio el devenir de la Bartonelosis en una situación especial del desarrollo del país y de política internacional. Sin embargo, la Medicina como actividad al servicio de la humanidad, en sus diferentes ámbitos, tales como el asistencial, de investigación y social, ha contribuido siempre a bienestar y desarrollo de la humanidad. Sea cual sea el contexto donde se haya desarrollado, ya sea como estudiante de pre grado como el caso de Daniel Alcides Carrión o como alumnos del Internado de Medicina como en nuestro caso, cada uno en su contexto, nos vemos rodeados por circunstancias únicas que no hacen sino agudizar nuestro ingenio y reafirmar nuestro compromiso de servicio para con el paciente, con el ser doliente que requiere nuestra atención y con nuestra comunidad, para contribuir con el desarrollo de nuestra patria y de la humanidad entera.

Es la labor del médico entonces, una labor de servicio desinteresado que como profesionales debemos tratar de realizar de la mejor manera. Ser profesional consiste en hacer las cosas bien, con expertos, responsabilidad, esmero, y actualización en nuestros conocimientos, pues sabemos que esto redundará en el beneficio de nuestros queridos pacientes.

Nuestro internado se ha desarrollado en condiciones muy especiales. La vida nos ha puesto a prueba, permitiéndonos experimentar una pandemia, una enfermedad viral que ha puesto en vilo al mundo entero y que ha puesto a prueba todas nuestras habilidades y fortalezas.

En muchos momentos antes de iniciar nuestro internado vimos con angustia y con incertidumbre nuestro futuro como estudiantes de medicina en los hospitales. Nos enfrentábamos a una amenaza real, corriendo también en riesgo nuestras propias vidas. Pero las circunstancias difíciles actuales, como esta pandemia global, también han despertado el ímpetu por seguir adelante, enseñándonos que la ciencia es el camino que nos permite sobrevivir como especie, y es el desarrollo tecnológico y del conocimiento médico que ha permitido sobreponernos y realizar estrategias destinadas a

combatir y delimitar el avance pandémico. Ha sido también una experiencia de vida. En medio de la adversidad de tanta gente fallecida o enferma por el COVID- 19, vimos necesaria nuestra participación en los hospitales con la comprensión holística de nuestro compromiso de servicio al enfermo y a la salud en general. Las inmunizaciones desarrolladas como estrategia de la ciencia para frenar la enfermedad, también han servido para protegernos, conjuntamente con las medidas físicas y de bioseguridad en nuestro ambiente de trabajo. Si bien se vieron acortadas algunas prácticas en algunas áreas hospitalarias de alto riesgo, hemos de decir que finalmente, nuestra decisión de seguir adelante con empeño y sin temor, ha dado resultados satisfactorios. Nuestra experiencia como internos de Medicina Humana es invaluable y un punto de quiebre hacia el porvenir de una especialidad a la que amamos y respetamos cada día más.

ABSTRACT

The activity of the Internship in Human Medicine is an experiential experience that represents the conjugation in practice of the competences acquired during the development of our activities as students throughout our career.

The development of the skills, knowledge and practices carried out based on the different contents of the syllabus corresponding to each course of the career, have been integrated into our knowledge and allowing the development of numerous skills necessary for the subsequent care activity. The maturity in our reasoning, based on the integrated concepts of a contemporary medicine adapted to new knowledge and the updated development of numerous techniques for evaluating the disease, has allowed us to carry out a critical analysis of the cases that in our practice we have been able to experience.

The development of the Internship in Human Medicine has allowed us to integrate all that baggage of both theoretical and practical acquired during all the years of dedication and academic studies in the classrooms and laboratories of the university, and to be able to put them into practice, evidencing all the vicissitudes that each particular case entails in its complexity and in its human and social drama.

The experience in the medical internship is invaluable and makes a difference in the know-how, for which we combine the advice and knowledge of our teachers and the information available in books and digital media, and we use them in the practical activity of the different health professionals with whom we have had to integrate and work in unison for the benefit of our patients.

All periods in the development of medicine have had as a framework a social, economic, local and global political situation that have marked certain special parameters in the development of health activities. Such is the case, for example, of Human Medicine at the time of our martyr Daniel Alcides Carrión, who as a student saw the evolution of Bartonellosis in a special situation of

the development of the country and international politics. However, Medicine as an activity at the service of humanity, in its different fields, such as care, research and social, has always contributed to the well-being and development of humanity. Whatever the context where it has been developed, either as an undergraduate student as in the case of Daniel Alcides Carrión or as students of the Medical Boarding School as in our case, each one in his context, we are surrounded by unique circumstances that only sharpen our ingenuity and reaffirm our commitment to service to the patient, to the suffering being that requires our attention and to the patient, our community, to contribute to the development of our homeland and of all humanity.

It is the work of the doctor then, a work of selfless service that as professionals we must try to perform in the best way. Being a professional consists of doing things well, with expertise, responsibility, care, and updating our knowledge, because we know that this results in the benefit of our beloved patients.

Our boarding school has been developed under very special conditions. Life has put us to the test, allowing us to experience a pandemic, a viral disease that has put the whole world on tenterhooks and has tested all our skills and strengths. In many moments before starting our internship we saw with anguish and uncertainty our future as medical students in hospitals. We faced a real threat, also risking our own lives.

But the current difficult circumstances, such as this global pandemic, have also awakened the impetus to move forward, teaching us that science is the path that allows us to survive as a species, and it is the technological development and medical knowledge that has allowed us to overcome and carry out strategies aimed at combating and delimiting pandemic progress. It has also been a life experience. In the midst of the adversity of so many people who have died or are sick from Covid-19, we saw it necessary to participate in hospitals with a holistic understanding of our commitment to serving the sick and health in general. Immunizations developed as a science strategy to curb the disease have also served to protect us, along with physical and biosecurity measures in our work environment. Although some practices were shortened

in some high-risk hospital areas, we must say that finally, our decision to move forward with determination and without fear, has given satisfactory results. Our experience as interns of Human Medicine is invaluable and a breaking point towards the future of a specialty that we love and respect more and more every.

INTRODUCCIÓN

El Internado Médico se establece jurídicamente en el literal d) del artículo 5 del Decreto Supremo No. 021-2005-SA (23), como un periodo formativo en las áreas correspondientes a ciencias de la salud “*período correspondiente a las prácticas preprofesionales del último año de los estudios de pregrado, desarrolladas bajo la modalidad de docencia en servicio, con estricta tutoría de la universidad*” (23). “Es decir, de acuerdo con la normativa del sector salud, los internos de las ciencias de la salud se desempeñan en centros de salud tales como hospitales del Ministerio de Salud (en adelante “MINSA”), centros médicos de Essalud y otros de gestión pública.” (23).

Esta modalidad formativa carece de una normativa general, pese a que el año 2016, a través del Decreto Supremo No. 028-2016-SA se le encargó al Comité Nacional de Pregrado de Salud elaborar las directrices del internado en ciencias de la Salud. Si bien tenemos el Reglamento del Comité Nacional de Pregrado de Salud del SINAPRES, este únicamente, en su artículo 22 hace referencia a la obligación de los centros de formación (universidades) de certificar la aptitud física y mental de los internos, el cual “debe incluir el despistaje de tuberculosis, la vacuna contra hepatitis B, así como contra fiebre amarilla en zonas endémicas” (1).

Las actividades realizadas por los internos de medicina fueron suspendidas por más de cinco meses desde el inicio de la emergencia sanitaria debido a la pandemia de la COVID-19 (1). La Asociación Nacional de Facultades mediante la Resolución Viceministerial 081-2020- MINEDU decidió recomendar el retiro de los internos de medicina de los establecimientos de salud, dada su condición de estudiantes de último año y que no contaban con equipos de protección personal (EPP) y seguros (2).

“El 3 de agosto del 2020, el gobierno promulgó el Decreto de Urgencia No. 90-2020 – Decreto de urgencia que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la COVID-19 mediante el cual el gobierno

dispone la reanudación del programa de internado de las ciencias de la salud a partir del 15 de agosto. Esta decisión se toma en un contexto en el cual nos encontramos frente a un déficit de personal médico disponible y una emergencia sanitaria que día a día produce muertes masivas a nivel nacional”(2).

Se estableció la reanudación de actividades del internado como medida para el cierre de brechas de recursos humanos frente a la pandemia, que establece derechos temporales como un estipendio no menor a la remuneración mínima vital de 930 soles, EPP y seguro de salud y vida (3).

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

La pandemia de la Covid-19 ha planteado un escenario distinto que se convirtió en un reto para la enseñanza del internado médico en los establecimientos de salud. La dificultad para la presencialidad obligó al desarrollo acelerado de técnicas innovadoras de enseñanza y aprendizaje, tales como el proceso de virtualización, lo cual de alguna manera ha podido permitir continuar el desempeño de ciertas actividades académicas mientras no se pudieran de manera presencial (4).

La labor de las autoridades en salud y las autoridades académicas no ha sido fácil debido a que había que poner en marcha un proceso de enseñanza aprendizaje en un contexto de riesgo, tratando de minimizar el impacto en los estudiantes y al mismo tiempo garantizando su preparación (4).

Otro punto importante está relacionado a las limitaciones en los primeros niveles de atención. El precario desarrollo de los centros de salud, con las limitaciones que por años han tenido y el agravamiento con la crisis producto de la Covid-19, han limitado aún más esta experiencia que de otro modo es necesaria e imprescindible para el contacto del interno de medicina con el paciente y con los programas básicos destinados a la salud primordial de la comunidad (4).

El internado médico busca desarrollar habilidades clínicas enfocadas en la atención de los pacientes, fundamentalmente dirigidos a los problemas más frecuentes de la salud, su enfoque terapéutico, así como de prevención y promoción de la salud tanto a nivel individual como colectivo en la salud pública. El interno de Medicina se entrena en el razonamiento clínico crítico, en base al conocimiento actualizado, y aprovechando las experiencias en el trabajo del personal de salud con quien forma parte del equipo. Finalmente, se involucran también, aspectos de la gestión, docencia e investigación, formando parte importante del equipo de salud.

Por tanto, como se describe en el contexto latinoamericano, el pregrado resulta una práctica indispensable para que los alumnos apliquen, integren y consoliden los conocimientos adquiridos durante los ciclos previos, a través de su evolución histórica, lo que ha permitido desarrollar competencias básicas para ejercer la práctica clínica y también ha prestado atención al reconocimiento de los problemas en el medio en que se desenvuelve el hombre. (4)

De manera personal, el autor considera que su experiencia en el Internado Médico ha desarrollado muchas de sus aptitudes, conocimientos y prácticas en medicina, contribuyendo a cristalizar sus conocimientos básicos y conjugarlos con la práctica médica, así como desarrollar nuevas habilidades que incluyen la interacción con el paciente y con el entorno laboral. También, el autor ha adquirido destrezas en técnica quirúrgica y habilidades para consejería y prevención de enfermedades para beneficio de sus pacientes.

La experiencia del autor en la Rotación de Medicina y Cirugía fue llevada a cabo en el Hospital Nacional de Emergencias “José Casimiro Ulloa”, un hospital situado en el distrito de Miraflores, perteneciente al MINSA y cuya actividad está centrada fundamentalmente en atender pacientes de urgencia de todas las edades y condiciones. Esto proporcionó al autor, una buena experiencia debido a la gran cantidad de casos y los diversos temas de salud que se atendían. En el campo de la Medicina Interna, la atención se centraba en las carpas, las cuales ofrecían un ambiente más seguro para evitar de alguna manera la exposición al Covid-19. Sin embargo, a pesar de las medidas preventivas mencionadas, se presentaron algunos casos en el personal de salud del hospital, incluyendo algunos internos de medicina. En cuanto a la experiencia en la rotación por el servicio de cirugía del mismo Hospital, fue muy provechosa, pudiendo realizarse numerosos procedimientos de cirugía menor y participando con los asistentes en actos de cirugía mayor en su calidad de estudiante.

Posteriormente, el autor inició su rotación en el Centro de Salud Nivel I-IV, ubicado en Magdalena, donde se tuvo la oportunidad de desarrollar labores

destinadas a la prevención y promoción de la salud, participando en la consulta diaria con los médicos especialistas, contribuyendo al flujo de las actividades médicas, las recetas, citas, indicaciones y pruebas de laboratorio, así como participando en los programas de extensión social, programas de tuberculosis, atención de la madre gestante y control del niño sano.

Finalmente, el autor inició su rotación por los servicios de Gineco- Obstetricia y Pediatría del Hospital Materno infantil San Bartolomé. La actividad en el primer servicio en mención estuvo centrada en la atención de la gestante tanto en el aspecto preventivo y de control gestacional como en el aspecto del desarrollo del parto y puerperio.

La actividad en pediatría se desarrolló en el área de neonatología, donde el autor tuvo la oportunidad de participar en la atención inmediata del recién nacido, con y sin complicaciones, aplicando las acciones médicas normativas relacionadas a la buena práctica y atención adecuada del neonato y su ulterior control. Con relación al servicio de Pediatría, la participación se realizó en áreas de hospitalización, donde se identificaron casos complejos de patologías que requerían de estancias hospitalarias prolongadas y otras de menor complejidad, pero que en ambas circunstancias requerían del cuidado y la metodología procedimental adecuada para su correcto cuidado y evolución médica.

Debo manifestar que el autor considera su Internado Médico como muy provechoso, puesto que se considera ha tenido una magnífica oportunidad de desarrollar sus aptitudes, conocimientos y prácticas, así como relacionarse directamente con los pacientes como seres humanos que requieren de su atención, comprensión y consejo, así como con el personal de salud, tales como asistentes médicos especialistas, médicos residentes, personal de enfermería y técnico, que han contribuido invaluablemente a su formación y por los que el autor guarda mucho aprecio y agradecimiento. Finalmente, a el autor agradece a su alma mater por haberle brindado los conocimientos básicos, que le han servido para desarrollarse de manera adecuada en este proceso nuevo de formación profesional.

1.1. Rotación en Pediatría

1.1.1. Ingesta accidental de cáusticos, obesidad y síndrome metabólico

La paciente de iniciales BVMG, de 11 años de edad, ingresa a la emergencia pediátrica del Hospital San Bartolomé el día sábado 29 de enero del año 2022, acompañada de su madre, quien refiere que hace 30 minutos la paciente ingiere un vaso con lejía de manera accidental (un vaso de 250 cc aproximadamente, con 1/4 de lejía y 2/4 de agua), la cual no se percató debido a que se encontraba muy sedienta. Inmediatamente luego del evento mencionado, la paciente presenta dolor de tipo urente en la garganta, el cual trata de ser calmado por la madre al brindarle sorbos de agua, los cuales empeoran el dolor y le ocasionan náuseas y vómitos en 10 oportunidades aproximadamente, de contenido alimentario al inicio y luego salival, motivo por el cual acude a la emergencia.

Al examen físico, la paciente cuenta con funciones vitales sin alteraciones, con orofaringe sin congestión, sin eritema, ni edematizada, con evidencia de acantosis nigricans en región cervical y tejido celular subcutáneo incrementado, principalmente a nivel abdominal, a predominio central. Además, se evidenció un peso de 77 kilogramos y una talla de 1 metro con 50 centímetros, con un IM de 34.2. Resto del examen sin alteraciones.

Con relación a las funciones biológicas, la paciente presentaba deposiciones 2 veces al día (de consistencia dura), una diuresis con una frecuencia de 5 a 10 veces por día, con polifagia, polidipsia y sueño conservado. Se le toma un hemoglucotest cuyo resultado fue de 114 mg/dl.

Los antecedentes de importancia para el presente caso son los familiares, debido a que la paciente cuenta con tíos paternos y maternos con diagnósticos de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, así como un abuelo paterno con diabetes mellitus tipo 2. Asimismo, la paciente nació a las 42 semanas de edad gestacional, con un peso 4250 gramos y talla de 53 centímetros.

Entonces, continuando con el relato del caso clínico presentado, debido a la intolerancia de la ingesta a líquidos, se decide hospitalizar a la paciente, con los diagnósticos de ingesta accidental de cáusticos y obesidad (a descartar diabetes mellitus tipo2), con un plan de trabajo que consistía en nada por vía oral en 24 horas, dextrosa al 5% y NaCl al 20%, omeprazol de 40mg endovenoso cada 12 horas, ondansetrón 8mg endovenoso cada 24 horas, tramadol de 50mg subcutáneo condicional a dolor intenso, control de funciones vitales, vigilar signos de alarma y balance hidroelectrolítico, así como la toma de un hemoglucotest inmediatamente, cuyo resultado fue de 103 mg/dl.

Al día siguiente, la paciente no refiere molestias y enfermería no reporta interurrencias durante la noche, razón por la cual se plantea dieta líquida amplia a tolerancia (a líquidos claros), continuándose entonces con las indicaciones anteriores, y agregándose sucralfato de 1 gramo vía oral cada 6 horas, suspendiendo el tramadol subcutáneo de 50mg, el cual fue cambiado por metamizol 1 gramo endovenoso condicional a dolor intenso. Ese mismo día, por la tarde, se suspende la dieta líquida amplia y se cambia a dieta blanda de acuerdo con tolerancia oral de la paciente, en vista de la ausencia de dolor y la buena tolerancia que tuvo a la dieta líquida amplia.

Con relación a los exámenes de laboratorio, el 30/01/22 cuenta con resultados de hemograma con leucocitos en 8420 mm³, abastados 0%, linfocitos 27%, hemoglobina 12,4 mg/dl, hematocrito 37.7% y plaquetas en 287 100 mm³; además, presenta un PCR menor a 3mg/l, glucosa en 103 mg/dl, urea en 17 miligramos por decilitro, creatinina en 0,41 miligramos por decilitro, sodio en 146 mmol/litro, potasio en 3.71 mmol/litro y cloro en 109 mmol/litro.

El 31/02/22 se realiza una interconsulta a gastroenterología pediátrica, la cual decide suspender sucralfato, administrar omeprazol de 20mg cada 12 horas por 2 semanas, evaluación por endocrinología pediátrica y control por teleconsulta por gastropediatria en 3 semanas. Ese mismo día se interconsulta a endocrinología, la cual responde el día 01/02/22, dando como

diagnósticos obesidad severa, hipertrigliceridemia, disglucemia y síndrome metabólico, sugiriendo una prueba de tolerancia oral a la glucosa (basal y a los 120 minutos) con glucosa anhidra de 75 gramos, insulina, hemoglobina glicosilada, TSH y T4 libre, perfil hepático, ecografía abdominal, edad ósea e interconsulta a nutrición y psiquiatría infantil.

El 01/02/22, se interconsulta a nutrición, la cual sugiere dieta hipoglúcida fraccionada a 5 tomas por día, así como dieta rica en fibra (25 gramos/día). Además, ese mismo día se interconsulta a psiquiatría infantil, la cual detecta una desregulación emocional, disfunción familiar (padres separados) y labilidad emocional, sin presencia de ideación suicida; entonces, elabora un plan de trabajo, el cual consiste en cita ambulatoria el 7 de febrero del presente año, e interconsulta a psicología para terapia familiar y evaluación cognitiva. Además, cuenta con resultados de laboratorio de glucosa en 107 mg/dl, colesterol total en 160 miligramos por decilitro, lipoproteína de alta densidad en 27 miligramos por decilitro, lipoproteína de baja densidad en 197 miligramos por decilitro, triglicéridos en 178 miligramos por decilitro, T4 libre en 0.97 ng/dl, TSH en 1.71 uIU/ml, insulina en 22.3 uIU/ml y hemoglobina glicosilada en 4.8%.

El día 02/02/22 el informe ecográfico menciona como conclusión la presencia de esteatosis hepática que asocia hepatomegalia, y el resultado de la impresión de edad ósea fue de 12 años y 6 meses.

El día 03/02/22, los resultados de perfil hepático fueron los siguientes: proteínas totales en 7,21 gr/dl, albúmina en 4,72 gr/dl, BT en 0.44 miligramos por decilitro, BD en 0.15 miligramos por decilitro, aspartato aminotransferasa en 30 unidades por litro, transaminasa glutámico oxalacética en 42 unidades por litro y fosfatasa alcalina en 350 U/L, y un test de tolerancia oral a la glucosa con resultados de glucosa basal en 92 mg/dl y 136 mg/dl a las 2 horas.

En cuanto a la evolución de la paciente, se encontraba hemodinámicamente estable, con balance hidroelectrolítico positivo, flujo de orina y de heces

adecuado, sin signos de deshidratación ni edemas, mejorando notablemente la tolerancia oral y la odinofagia, razón por la cual se decide el alta de la paciente, el domingo 6 de febrero del presente año.

Finalmente, las indicaciones para el alta consisten en consumir una dieta baja en calorías (1700 kilocalorías al día), rica en fibra y omega 3 (de acuerdo a las indicaciones brindadas por el servicio de nutrición), continuar con la toma de omeprazol 1 tableta de 20mg por vía oral cada 12 horas por 7 días más (completando así 2 semanas de tratamiento), realizar 1 hora de actividad física al día y control por consultorio externo de endocrinología pediátrica en 2 meses, control por teleconsulta en pediatría, psiquiatría (el lunes 07/02/22), y control por teleconsulta con gastroenterología pediátrica en 3 semanas.

1.1.2. Miliaria sobreinfectada y Becegeítis

La paciente, con iniciales CLSI, de 1 mes y 8 días de edad, ingresa a la emergencia pediátrica del Hospital San Bartolomé el día viernes 4 de febrero del año 2022, debido a que la madre refiere que hace 2 semanas, su hija presenta lesiones en la piel (micropápulas) a nivel de la región frontal, la cual se extiende hasta la región cervical, acompañado de prurito; 1 semana antes la madre refiere echarle chuño en las lesiones eritematosas, así como baños con agua tibia 2 veces por día, niega fiebre y niega hiporexia. Desde hoy (04/02/22), nota que ropa es manchada con secreción amarillenta y que el cuello se encuentra caliente a la palpación, motivo por el cual acude a la emergencia.

Al examen físico, la paciente cuenta con funciones vitales normales, con un peso de 4514 gramos y una talla de 53 cm, temperatura en 36.2 grados (axilar), con evidencia de micropápulas eritematosas en región cervical anterior, región malar bilateral y región axilar, con calor a la palpación y signos de rascado predominantemente en rostro. Resto del examen sin alteraciones. Entonces, la paciente es evaluada por dermatología (teleconsulta), cuyo servicio sugiere hospitalización por grupo etéreo y atención de las lesiones, ingresando con diagnóstico de miliaria sobreinfectada.

Con relación a los antecedentes, la paciente fue una recién nacida a término (28/12/21) a las 39 semanas, de sexo femenino, con un peso al nacer de 3520 gramos, talla de 50 cm, con Apgar 8 y 9 al minuto y a los 5 minutos respectivamente, con lactancia materna directa e inmunizaciones contra el BCG y HVB (29/12/21).

El mismo día del ingreso se solicitaron exámenes auxiliares tales como grupo sanguíneo (O positivo), prueba antigénica para Covid19 (negativa), PCR (3.0 mg/l), hemograma (leucocitos: 9500 mm³, abastionados: 3%, segmentados: 22%, eosinófilos: 3%, linfocitos: 63%, hemoglobina: 12.2 gr/dl, hematocrito: 35.9% y plaquetas en 386 000 mm³), urea (16 miligramos por decilitro), creatinina (0.36 miligramos por decilitro) y hemocultivo (lecturas negativas).

En cuanto a la evolución de la paciente, al día siguiente a su ingreso, se observó la presencia de una lesión costrosa en el brazo derecho, agregándose el diagnóstico de becegeítis. Además, estuvo en tratamiento con oxacilina de 170 mg endovenosa cada 6 horas, solución de Burow diluido en quinta parte y pasta de agua en áreas sudorosas 2 veces al día, cursando afebril y con mejoría clínica significativa de las lesiones dérmicas, motivo por el cual se cataloga como evolución favorable y dermatología pediátrica sugiere suspender la oxacilina y solución de Burow, cambiando a tratamiento antibiótico por vía oral (cefalexina de 77 mg cada 8 horas por 5 días). Entonces, el martes 08 de febrero del presente año, las lesiones dérmicas remiten en casi su totalidad, razón por la cual se decide el alta con indicaciones, dentro de las cuales se incluye continuar con lactancia materna directa a libre demanda, teleconsulta con pediatría (el 21 de febrero a las 10 am) y dermatología pediátrica (el 11 de febrero a las 2 pm), así como continuar antibioticoterapia con cefalexina por vía oral, y aplicación de pasta de agua en áreas sudorosas 2 veces por día hasta nuevo control por dermatología.

1.2. Rotación en Medicina Interna

1.2.1. Neumonía por COVID 19

El día 30 de julio del año 2021, ingresa a emergencia la paciente NCFG, de 53 años de edad, refiriendo presentar malestar general, fiebre y dificultad respiratoria progresiva desde hace 6 días.

Al examen, murmullo vesicular pasa disminuido en ambos campos pulmonares, con una saturación de oxígeno del 90%, motivo por el cual se hospitaliza al paciente. Además, la paciente se encontraba poco orientada en tiempo, espacio y persona, confusa, con un Glasgow de 14 sobre 15 puntos, con requerimientos de oxígeno cada vez mayores, siendo necesario su ingreso a la unidad de cuidados intensivos.

Finalmente, la paciente evoluciona favorablemente, encontrándose hemodinámicamente estable, afebril, ventilando a Fio2 ambiental sin apoyo oxigenatorio, motivo por el cual se indica el alta (el 25 de agosto del año 2021) con indicaciones precisas acerca de la terapia antihipertensiva y rehabilitación física correspondiente.

1.2.2. Pancreatitis aguda biliar

El día 13 de agosto del año 2021, ingresa a emergencia la paciente de iniciales AAE, de 60 años de edad, refiriendo dolor abdominal tipo cólico a nivel del epigastrio, hipocondrio izquierdo y flanco izquierdo, desde hace 36 horas aproximadamente, de moderada intensidad, que posteriormente se hace constante y se acompaña de náuseas y vómitos de contenido alimentario.

Al examen físico, la paciente se encontraba hemodinámicamente estable, con dolor a la palpación superficial a nivel de epigastrio, hipocondrio izquierdo, flanco izquierdo y fosa ilíaca izquierda. Con relación a los exámenes de laboratorio, se presentaron valores elevados de amilasa y lipasa, así como elevación de las transaminasas hepáticas y leucocitosis sin desviación izquierda, con una ecografía abdominal sugerente de inflamación aguda pancreática y litiasis vesicular, motivo por el cual se decide hospitalizar a la

paciente en el área de medicina con el diagnóstico de pancreatitis aguda biliar moderada.

Posteriormente, se le realizó una tomografía de abdomen sin contraste, donde se evidenció una necrosis pancreática del 80%, que junto a los exámenes de laboratorio control, resulta con un score de APACHE 10, confirmando la severidad de la patología presentada, motivando una reevaluación por imagenología para descartar un proceso neofornativo pancreático, así como plantear el inicio de nutrición parenteral total mediante una interconsulta al servicio de nutrición; sin embargo dicho servicio sugirió continuar con nutrición enteral a través de sonda nasoyeyunal, la cual fue bien tolerada por la paciente.

Finalmente, la paciente evoluciona favorablemente, habiéndose descartado la presencia de neoplasia a nivel pancreático, mejorando los resultados de laboratorio (las transaminasas, amilasa, lipasa, reactantes de fase aguda, albúmina), sin dolor abdominal, sin náuseas y vómitos, tolerando la vía oral, la paciente sale de alta con indicaciones respectivas.

1.3. Rotación en Ginecología y Obstetricia

1.3.1. Hipertensión arterial más preeclampsia sobreagregada

El día 1 de febrero del año 2022, ingresa a emergencia la paciente de iniciales VAG, de 34 años de edad, G1P0000, refiriendo cefalea, náuseas y alteraciones visuales (visión borrosa), sin dinámica uterina, con una presión arterial de 187/87 (primera toma) y 170/100 (segunda toma), por lo cual se decide hospitalizar a la paciente en el área de centro obstétrico con protocolo de sulfato de magnesio y pruebas de preeclampsia para posterior reevaluación.

Al examen físico, se evidencia edema ++/+++ a nivel de miembros superiores e inferiores. Resto de la evaluación no contributorio.

Con relación a los antecedentes, la paciente refiere hipertensión arterial desde

los 29 años, sin tratamiento regular, debido a que solamente consumía una tableta de enalapril cuando presentaba cefalea.

La paciente entonces ingresa con los diagnósticos de gestante de 30 semanas y 5 días, no trabajo de parto e hipertensión crónica más preeclampsia sobreagregada.

Al reevaluar a la paciente, se cuenta con los siguientes resultados de laboratorio: TGO en 129 U/L, TGP en 143 U/L, LDH en 1010 U/L, creatinina en 1.26 mg/dl, urea en 46 mg/dl, proteinuria +++/+++, plaquetas en 224 000 mm³, leucocitos en 12 200 mm³, hemoglobina en 11.6 gr/dl, glucosa en 137, BT en 0.67 mg/dl y BD en 0.23 mg/dl. Además, persistían los síntomas y la presión arterial elevada, a pesar de la terapia antihipertensiva instaurada, motivo por el cual se decide culminar la gestación por vía alta.

El mismo día del ingreso, la paciente ingresó a sala de operaciones, efectuándose una cesárea segmentaria transversa primaria. En cuanto a los hallazgos operatorios, se evidenció un útero grávido de superficie irregular, por presencia de múltiples miomas en cara anterior, siendo el de mayor dimensión, de 4x3.5 cm, con líquido amniótico claro, placenta normoinserta, con recién nacido femenino de 1290 gramos, talla 40 cm, Apgar 8 y 9 al minuto y a los 5 minutos respectivamente, con edad gestacional de 34 semanas por Capurro. Asimismo, la pérdida estimada de sangre en todo el procedimiento de realizado fue de aproximadamente 500 cc.

Finalmente, la paciente evoluciona favorablemente, hemodinámicamente estable, por lo que sale de alta el día 08 de febrero del presente año, con tratamiento antihipertensivo, indicaciones para cuidado de herida operatoria y lactancia materna exclusiva, vigilancia de signos de alarma (para acudir a la emergencia en caso se presenten), cita por consultorio de ginecología-obstetricia en 7 días y por cardiología en 14 días, así como monitoreo ambulatorio de su presión arterial.

1.3.2. Ruptura prematura de membranas

El día 6 de febrero del año 2022, ingresa a emergencia la paciente de iniciales FBDE, de 18 años de edad, G1P0000, refiriendo pérdida de líquido hace aproximadamente 2 horas. Luego de 20 minutos, comienza a presentar dinámica uterina de 1 contracción en 10 minutos, no refiere sangrado vaginal, percibe movimientos fetales. Al examen físico, se observan lesiones condilomatosas en región perineal. Asimismo, a la especuloscopia, se evidencia salida líquido vaginal claro y espeso a la maniobra de Valsalva. Al tacto vaginal, se encuentra un cérvix blando, posterior, de 2 cm de longitud, con orificio cervical externo cerrado, por lo que se hospitaliza en unidad de cuidados especiales obstétricos para la realización de test estresante.

Con relación a los antecedentes de importancia, la paciente tiene una madre y abuela materna con el diagnóstico de diabetes mellitus.

La paciente entonces, cuenta con los diagnósticos de gestante de 38 semanas y 4 días por ecografía precoz, pródromos de trabajo de parto, ruptura prematura de membrana de aproximadamente 2 horas, gestación de alto riesgo obstétrico por edad y condilomatosis perineal.

Como se mencionó anteriormente, se hospitaliza a la paciente, se instaura antibioticoterapia endovenosa con ampicilina 2 gramos endovenoso al instante, y luego cada 6 horas, y se solicitan exámenes auxiliares tales como examen de orina y urocultivo, así como test estresante (en la unidad de bienestar fetal), el cual resultó con un patrón normal. La paciente presenta una dinámica uterina efectiva espontánea, de 5 contracciones en 10 minutos, intensidad +/+++ , duración de 60 segundos cada contracción, con un cérvix blando, incorporado al 50%, dehiscente 1 dedo, por lo que la paciente pasa a centro obstétrico. Posteriormente, debido al dolor intenso referido por la paciente, pasa a analgesia de parto, regresando a centro obstétrico con una dinámica uterina de 2 contracciones en 10 minutos, intensidad +/+++ , con una duración de 20 segundos cada contracción, razón por la cual se decide estimulación de trabajo de parto con oxitocina.

Entonces, la paciente tuvo un parto vaginal, con un recién nacido varón de 3095 gramos y 50 cm, Apgar 8 y 9 al minuto y a los 5 minutos respectivamente, con edad gestacional de 40 semanas por Capurro.

En cuanto a los exámenes auxiliares, se obtiene una hemoglobina en 10.4 gr/dl y 4 a 8 leucocitos por campo en el examen de orina.

Finalmente, la paciente evoluciona favorablemente a las 18 horas, por lo que se da el alta con indicaciones, tales como sulfato ferroso de 300 mg vía oral cada 12 horas por 30 días (debido al diagnóstico de anemia leve), paracetamol condicional a dolor, indicaciones de lactancia materna exclusiva e higiene vulvoperineal, y control por teleconsulta en 7 días.

1.4. Rotación en Cirugía General

1.4.1. Apendicitis aguda supurada

El día 2 de noviembre del año 2021, ingresa a emergencia el paciente de iniciales LCLA, de 30 años de edad, refiriendo que desde hace 24 horas presenta dolor abdominal en fosa ilíaca derecha, de intensidad 6/10, sin irradiación, asociado a náuseas y vómitos, diarrea y pérdida del apetito.

A la evaluación física, el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, afebril, con abdomen globuloso, ruidos hidroaéreos presentes y dolor a la palpación superficial en fosa ilíaca derecha (signo de McBurney positivo). Resto del examen físico sin alteraciones.

Con relación a los antecedentes patológicos personales y familiares no son contributorios.

A continuación, se plantea diagnóstico de síndrome doloroso abdominal: apendicitis aguda, por lo que se decide hospitalizar para tratamiento quirúrgico, solicitando para ello TEM de tórax sin contraste y TEM de abdomen con contraste, prueba antigénica para COVID-19 y prequirúrgicos.

En la tomografía de abdomen con contraste se visualiza un apéndice cecal incrementado de diámetro (10 mm), asociado a tenues cambios inflamatorios de la grasa mesentérica adyacente; resto de órganos sin alteraciones.

El paciente entra a sala de operaciones el mismo 02/11/2021, y se le realiza una apendicectomía laparoscópica.

Con relación a los hallazgos operatorios, se evidenció apéndice cecal de 7x1 cm, supurado en toda su extensión, con la base indemne y líquido inflamatorio de aproximadamente 15 cc en fondo de saco rectovesical.

En cuanto a la técnica operatoria utilizada, se realizó electrofulguración del meso apendicular hasta su base, ligadura de base apendicular con nudo extracorpóreo, apendicectomía a muñón libre, mucólisis de muñón, retiro de pieza operatoria por T1, aspiración de secreciones, control de hemostasia y cierre de incisiones, con un tiempo de duración de la cirugía propuesta, de 35 minutos.

El paciente evoluciona favorablemente al posoperatorio inmediato, luego de haber estado en NPO por 6 horas, tolerando líquidos por vía oral, con leve dolor a la palpación alrededor de la herida operatoria, la cual se encuentra afrontada adecuadamente, sin signos de flogosis ni secreciones observables a nivel de las gasas, así como funciones vitales sin alteraciones, motivo por el cual se decide darle de alta al paciente.

1.4.2. Hernia umbilical sin obstrucción ni gangrena

El día 4 de noviembre del año 2021, ingresa a emergencia el paciente de iniciales CLEF, de 45 años de edad, refiriendo dolor en región umbilical desde hace 1 día, asociado a masa dolorosa que protruye a la maniobra de Valsalva, y no reductible manualmente.

El paciente se encontraba hemodinámicamente estable, sin antecedentes patológicos personales ni familiares de importancia.

Se solicitaron entonces, los prequirúrgicos y se hospitalizó al paciente,

programándose el ingreso a sala de operaciones.

Con relación a los hallazgos operatorios, se describe un anillo herniario a nivel umbilical, de aproximadamente 2 cm de diámetro con presencia de saco herniario con epiplón en su interior. En cuanto a la técnica operatoria, se realizó una incisión umbilical, realizando una disección por planos hasta la aponeurosis, reduciéndose el contenido herniario y haciendo una rafia del anillo herniario con nylon 1/0, con control de hemostasia y posterior cierre de pared por planos.

El tiempo de duración de la cirugía propuesta fue de 25 minutos, sin reporte alguno de accidentes operatorios y escaso volumen de sangrado.

Finalmente, el paciente evoluciona favorablemente, con NPO por 6 horas, y tolerando posteriormente dieta líquida amplia, con leve dolor a la palpación alrededor de la herida operatoria, herida afrontada adecuadamente, sin signos de flogosis ni secreciones observables a nivel de las gasas, así como funciones vitales en rangos de normalidad, motivo por el cual el paciente es dado de alta con sus indicaciones respectivas.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

En condiciones anteriores a la pandemia, el internado médico se ha venido desarrollando de manera ordenada de acuerdo con el contexto de la situación de salud del país y en base a las normas generales de salud que establecen el ámbito legal de su constitución. Dentro de las limitaciones en número de sedes, con competencias suficientes para cumplir con los objetivos del Internado Médico, se estableció un cronograma anual regular que tradicionalmente se cumple de manera ordenada. Se experimentaron algunas regulaciones laborales en los últimos años relacionados a las condiciones básicas de trabajo y a las guardias hospitalarias y remuneraciones.

La pandemia de la COVID-19 ocasionó una serie de cambios en las condiciones de vida de la humanidad y de los servicios de salud. Los primeros meses de pandemia trajeron consigo mucha incertidumbre debido a la insuficiente cantidad de estudios destinados al diagnóstico, mecanismo de contagio y tratamiento frente a esta enfermedad. La alta mortalidad inicial en el personal de salud y el consiguiente alto riesgo laboral contribuyó al retraso del inicio del internado médico, condicionándose de esta manera a la inmunización y las medidas de protección personal como requisitos indispensables para poder iniciar las labores hospitalarias. A pesar de contar posteriormente con las condiciones anteriormente mencionadas, muchos de los internos hemos estado expuestos, al igual que el resto del personal de salud, a la posibilidad del contagio, con la consiguiente preocupación en nuestro entorno familiar.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

En este presente capítulo se realizará una revisión de los fundamentos teóricos básicos sobre cada caso clínico expuesto anteriormente, así como un análisis crítico aplicado a la práctica del diagnóstico y manejo clínico de cada paciente en particular.

3.1. Rotación en Pediatría

3.1.1. Ingesta accidental de cáusticos, obesidad y síndrome metabólico

La presencia de obesidad infantil es un problema de salud pública que ha ido aumentando con el transcurso de los años, incrementando su prevalencia tanto en países de bajos recursos, así como en países desarrollados, predominando su presentación en las zonas urbanas (24).

Con relación a los factores de riesgo, vemos que intervienen una serie de factores tanto individuales como medioambientales, como por ejemplo un estilo de vida no saludable caracterizado por una ingesta aumentada de carbohidratos y grasas, así como una vida sedentaria, enfermedades endocrinas, factores hereditarios, estrato socioeconómico, etcétera (24).

Actualmente la obesidad se define como una enfermedad inflamatoria, sistémica y crónica, y recurrente, que ocasiona múltiples alteraciones tanto en la salud física como en la salud mental y emocional. Entonces, uno de los componentes principales del síndrome metabólico es la presencia de obesidad central, caracterizada por perímetro abdominal aumentado, junto con otras alteraciones tales como niveles de glicemia elevados, dislipidemias y presión arterial aumentada, lo que lleva a un aumento del riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, entre otros (24).

El índice de masa corporal, el cual se calcula dividiendo el peso en kilogramos entre la talla al cuadrado, es útil para determinar si la persona tiene sobrepeso (IMC mayor o igual a 25) u obesidad (IMC mayor o igual a 30), siendo particularmente importante tomar en cuenta el sexo y la edad cuando se trata

de población infantil (24).

De acuerdo con los Institutos Nacionales de Salud, hablamos de síndrome metabólico cuando se presentan 3 o más de las siguientes características (24):

- Circunferencia abdominal aumentada: mayor o igual a 102 centímetros en varones y mayor o igual a 89 centímetros en mujeres (24).
- Triglicéridos aumentados: niveles séricos mayores o iguales a 150 miligramos por decilitro (24).
- Lipoproteínas de alta densidad disminuidas: valores menores de 40 miligramos por decilitro en varones y menores de 50 miligramos por decilitro en mujeres (24).
- Presión arterial elevada: valores mayores o iguales a 130/85 mmHg (24).
- Glucemia en ayunas elevada: 100 mg/dl (5.6 mmol/l) o más, considerando la obesidad abdominal, la hipertrigliceridemia, la hipertensión y la disminución de C-HDL principales componentes de esta, así como también, factores adicionales tales como: el estado proinflamatorio, hiperuricemia, aumento de leptina y microalbuminuria (5).

Se cree que la resistencia a la insulina es el mecanismo más importante de la fisiopatología del síndrome metabólico, puesto que aumenta la absorción renal de sodio, aumenta la acción de las hormonas adrenérgicas y disminuye la acción del óxido nítrico, con lo cual favorece la presencia de presión arterial elevada. Asimismo, al existir hiperinsulinemia se genera un aumento de la glicemia como efecto compensatorio, lo cual a su vez favorece el aumento de lípidos en sangre, principalmente colesterol (como el LDL) y triglicéridos, así como disminución del HDL, lo cual participa en los mecanismos aterogénicos, facilitando de esta manera, la aparición de enfermedades cardiovasculares (24).

En cuanto al tratamiento, se deben realizar cambios radicales en el estilo de vida, dentro de los cuales se incluye una dieta saludable y ejercicio físico, y en algunos casos hacer uso de terapia farmacológica que permita controlar los niveles de lípidos en sangre, la glicemia o la presión arterial (25).

Respecto a la composición de la dieta, se aconseja una dieta equilibrada, en la que el porcentaje de calorías aportadas por cada uno de los principios inmediatos sea: 50% en forma de hidratos de carbono, 30% de grasas y 20% de proteínas (6).

Las medidas preventivas son similares, debido a que también se hace énfasis en realizar actividad física con regularidad, mantener una dieta saludable, controlar el estrés emocional, entre otros, logrando así evitar el desarrollo posterior de síndrome metabólico y enfermedades cardiovasculares (24).

Realizar ejercicio físico con regularidad permite aumentar la sensibilidad a la insulina en un 40%, así como aumenta los niveles de HDL y mejora la función endotelial (26). Asimismo, perder peso individualizadamente, haciendo ejercicio por un tiempo de 30 a 60 minutos promedio al día, además de los beneficios anteriormente mencionados también ayudan a disminuir los síntomas depresivos y la hostilidad, por lo cual contribuye a mantener una adecuada salud mental (27).

En cuanto a la terapia farmacológica, esta se recomienda generalmente a partir de los 10 años o al inicio de la pubertad, luego de haber realizado un manejo dietético adecuado entre 6 meses a 1 año, con valores de LDL mayores o igual a 190 miligramos por decilitro, o mayor o igual a 160 miligramos por decilitro junto con factores de riesgo para enfermedad cardiovascular (24); dentro de los fármacos que con mayor frecuencia son utilizados en estos casos, es decir en población adolescente e infantil, tenemos a las resinas de intercambio iónico, estatinas, fibratos, ezetimibe, entre otros (24).

Con relación al caso clínico presentado, la paciente cumplía tanto criterios clínicos como laboratoriales para el diagnóstico de síndrome metabólico, así como la presencia de obesidad, que si bien no fue el motivo de ingreso a emergencia de esta paciente, nos ayuda a comprender las posibles comorbilidades y conductas de riesgo asociadas, tales como depresión y hostilidad, lo cual debe ampliarse mediante un estudio de mayor profundidad en la esfera psicológica, con la finalidad de determinar la intencionalidad o no del principal evento ocurrido con el elemento cáustico. Asimismo, los hallazgos diagnósticos y las indicaciones realizadas durante la estancia hospitalaria hasta el alta respectiva, son muy importantes, puesto que se enfocan en reducir el riesgo y daño sobre la salud que conllevan estas patologías para la paciente.

3.1.2. Miliaria sobreinfectada y Becegeítis

La miliaria es una dermatosis, la cual se produce debido a la acumulación del sudor, lo cual lleva a la aparición de lesiones en la piel de tipo papulo-vesiculares eritematosas o perladas, con prurito asociado, y que se localizan con mayor frecuencia en las extremidades y el tronco (28).

Puede ocurrir en cualquiera de los años de vida y en ambos sexos, ocurriendo con mayor frecuencia en neonatos varones (28). La forma cristalina puede presentarse durante el periodo neonatal, y la congénita es rara. Su frecuencia es mayor en las regiones tropicales y durante los meses de calor (7).

En este síndrome las lesiones se manifiestan generalmente en zonas corporales cubiertas, favorecidas por episodios repetidos de sudoración intensa principalmente en un ambiente con elevada humedad (28). La queratina se altera y macera ocasionando obstrucción terminal del conducto de la glándula sudorípara, lo que determina retención sudoral, formación de la vesícula y anhidrosis secundaria. Este trastorno se debe a incremento de la temperatura ambiente; protección excesiva con ropa, en especial de material sintético; curas oclusivas; uso de cubiertas de plástico sobre el pañal, o de pañales desechables, e hidratación excesiva. También en pacientes con cuadros febriles en unidades de cuidados intensivos; además hay influencia de medicamentos que actúan en la inervación adrenérgica y colinérgica de las glándulas sudoríparas. Por otra parte, la presencia de sudor actúa como un agente irritante debido a su alta concentración de cloruro de sodio, facilitando la presencia de prurito, con el consiguiente rascado y posible sobreinfección (28). Se ha demostrado experimentalmente una relación cuantitativa paralela entre la presencia de flora bacteriana y la supresión del sudor; en estudios histopatológicos se ha observado un material PAS-positivo y un tapón paraqueratósico en el acrosiringio, así como *Staphylococcus epidermidis*, que conducen a la producción de un polisacárido extracelular que se ha identificado como manosa. Se ha relacionado con deshidratación hipernatrémica e incluso se ha pensado que la miliaria subclínica podría ser un estadio de la dermatitis atópica.

El cuadro clínico generalmente se manifiesta con lesiones papulo-vesiculares eritematosas o perladas localizadas en el tórax, cuello, cara, pliegues y extremidades, produciendo descamación fina y remitiendo sin dejar huella (28). Con frecuencia se complica con infección sobreagregada.

El diagnóstico de erupción pustulosa en el primer mes de vida de un recién nacido, se basa en las características clínicas, más que con la ayuda de laboratorio. Es importante poder distinguir entre las erupciones fisiológicas benignas y las erupciones pustulosas patológicas clínicamente más significativas. Aunque la mayoría de las erupciones pustulosas transitorias observadas después del nacimiento son estériles y autolimitadas, los que

tienen origen infeccioso requieren un diagnóstico y tratamiento rápidos para evitar un resultado adverso (8).

La miliaria infectada se caracteriza por cultivos de vesículas superficiales resultantes de la retención de sudor debido a la obstrucción de las glándulas sudoríparas dentro del estrato córneo o más profundas. Es común en los recién nacidos probablemente debido a la inmadurez de los poros del sudor, el ambiente cálido y húmedo, y la ropa excesiva.

Se han descrito cuatro tipos de miliaria, a saber, la miliaria cristalina, miliaria rubra, miliaria pustulosa y miliaria profunda. Cuando las vesículas superficiales de miliaria se vuelven pustulosas, se conoce como miliaria pustulosa. Las lesiones de miliaria pustulosa no son el resultado de una infección secundaria y son autolimitadas, pero pueden infectarse secundariamente y pueden asociarse con prurito.

La tinción del contenido pustuloso con la tinción de Wright muestra células escamosas escasas. La histopatología se caracteriza por vesículas intracorneales o subcorneales en comunicación con conductos sudoríparas. Los conductos de sudor a menudo contienen tapón PAS positivo amorfo.

El tratamiento básicamente consiste en antihistamínicos sistémicos para el prurito asociado junto con un agente calmante tópico como la loción de calamina.

Los antihistamínicos están indicados para el prurito, aunque no son consistentemente efectivos; los esteroides tópicos de potencia media a alta pueden reducir el prurito y acelerar la involución de las lesiones.

Los casos graves de resistencia se pueden tratar con antimicrobianos tópicos como peróxido de benzoilo o terapia sistémica con antibióticos orales.

Con relación al caso clínico presentado, podemos observar lesiones características de esta entidad (micropápulas), a nivel frontal, con extensión

hacia otras regiones de la piel (como la región cervical y malar de manera bilateral), asociado a prurito intenso, el cual fue determinante para facilitar el mecanismo de entrada de microorganismos de la flora bacteriana normal de la piel, permitiendo el desarrollo de un proceso infeccioso sobreagregado al evento principal inicial, requiriendo de esta manera, cobertura antibiótica y aplicación de lociones tales como solución de Burow y pasta de agua.

3.2. Rotación en Medicina Interna

3.2.1. Neumonía por COVID-19

La enfermedad por coronavirus (COVID19), cuya etiología es el virus SARSCov2, por primera vez aislado en diciembre del año 2019 en Wuhan, China, es una pandemia creciente en la actualidad. Desde entonces se han reportado más de 160 millones de casos infectados en el mundo con una mortandad aproximada de 3.5 millones de individuos. Las características clínicas del COVID-19 son altamente variables, desde asintomáticos hasta formas severas de falla respiratoria, y puede cambiar remarcablemente en el tiempo. Se ha conseguido un mayor entendimiento de la fisiopatología del COVID-19 en corto tiempo, lo que ha dejado mejoras en el tratamiento médico en una gran proporción de pacientes. Sin embargo, es significativo que la mortalidad entre los pacientes más severamente enfermos permanezca todavía inaceptablemente alta. (9)

El SARSCov2 es un beta coronavirus perteneciente al mismo subgénero del síndrome agudo respiratorio severo y síndrome respiratorio de Medio Oriente, los cuales comparten el gen del receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2 (10). Como hemos mencionado, el espectro de la severidad de enfermedad es variado, la mayoría leves (81%) y enfermedad severa en 14% de casos, con presentación crítica en un 5% y una mortalidad del 2.3% (10).

El virus se transmite mediante gotitas y aerosoles por vía respiratoria de persona a persona. Una vez en el hospedero, el virus ingresa mediante los receptores hacia las células por endocitosis o fusión de membrana. El

coronavirus está compuesto de 4 proteínas estructurales: la Spike (S), Membrana (M); Envoltura (E); y Nucleocápside (N). La proteína S se ve protruyendo la superficie viral y es la más importante para la adherencia y la penetración a las células del hospedero. Esta proteína está compuesta por 2 subunidades funcionales (S1 y S2). El receptor ACE-2 ha sido identificado como receptor funcional para el SARS-CoV y está ampliamente expresado en las células epiteliales pulmonares; entonces, luego de la fusión de membrana, el virus ingresa a las células epiteliales alveolares y los contenidos virales se liberan dentro de ella (29). Dentro de la célula, el virus se replica, las nucleocápsides recién formadas son transportadas por el retículo endoplasmático hacia el lumen celular y hacia el espacio extracelular, resultando de esta manera, partículas virales con capacidad de invadir células epiteliales adyacentes (29).

La transmisión del virus SARSCov2 entonces, es aérea, a través de gotitas respiratorias que se forman después de estornudar, toser, cantar o incluso hablar, las cuales se mantienen en suspensión por horas o minutos especialmente en lugares con mala ventilación, y no suelen viajar a una distancia mayor a 2 metros; asimismo, también se ha descrito contagio, aunque mucho menos frecuente, por el contacto con superficies contaminadas y los ojos, nariz o boca (30). Además, cabe mencionar que el periodo en el cual existe mayor probabilidad de contagio se encuentra comprendido entre 2 días antes del inicio de la presentación de los síntomas, siendo mucho más contagioso el primer día de los síntomas y menos riesgoso con el pasar de los 7 días posteriores, entendiéndose que luego de 10 días con síntomas es mucho más baja la posibilidad de contagio, especialmente si se trata de una enfermedad leve (30). Luego de la exposición, el período de incubación es de hasta 14 días, siendo de 4 a 5 días para la mayor parte de los casos (11).

Respecto a los factores de riesgo más importantes, tenemos la presencia de ciertas comorbilidades tales como la hipertensión arterial (57%), obesidad (42%) y diabetes mellitus (34%) de acuerdo con un estudio realizado en 5700 pacientes hospitalizados en Nueva York; asimismo, cabe mencionar que un

índice de masa corporal comprendido entre 40 y 45 supone un riesgo relativo de 2.7, y un índice de masa corporal mayor de 45 supone un riesgo relativo de 4.2 (11). Entre los pacientes que tenían alguna comorbilidad, la hospitalización fue 6 veces más y la mortalidad 12 veces más que en aquellos que no tenían comorbilidades (11). En China la tasa de letalidad fue de 15% en edades mayores o iguales a 80 años, 8% entre los 70 a 79 años, 3,6% entre los 60 a 69 años y 1,3% entre los 50 a 59 años (11).

Las manifestaciones clínicas de la COVID19 son fiebre (30 a 90% de los casos), tos, cefalea, mialgias, rinorrea, odinofagia, náuseas, vómitos, diarreas, anosmia y ageusia, presentándose estos últimos síntomas mencionados en casos leves generalmente; asimismo, los síntomas neurológicos tales como alteración de la conciencia, signos meníngeos, mareos, agitación y convulsiones, junto con dificultad respiratoria, fiebre y polipnea, suelen encontrarse en casos más graves de COVID19, sin embargo es importante mencionar que hasta un 40% de los casos de COVID19 no presentarán síntoma alguno, dificultando de esta manera el control de la transmisión de esta enfermedad viral de una persona a otra (11).

Con relación al caso clínico presentado, cabe mencionar la importancia de los factores de riesgo para COVID19 severo, siendo los más importantes la edad (53 años) y la presencia de hipertensión arterial mal controlada, favoreciendo de esta manera, la complicación de esta neumonía viral subaguda presentada, la cual se descompensa el día del ingreso a la emergencia con insuficiencia respiratoria aguda, caracterizada por distrés respiratorio y una saturación de oxígeno del 90%, acompañado de trastorno del sensorio (escala de Glasgow 14/15). Asimismo, cabe mencionar que, en esta época del año, no se contaba con el factor protector de vacunación en nuestro país para el correspondiente grupo etéreo.

3.2.2. Pancreatitis aguda biliar

La pancreatitis se produce por la activación prematura de las enzimas digestivas que son liberadas por el páncreas exocrino, principalmente

tripsinógeno a tripsina, dentro de las células acinares, provocando su autodigestión y la estimulación potente de macrófagos que inducen la producción de citoquinas proinflamatorias (12).

La presencia de nuevos casos de pancreatitis aguda ha ido incrementándose debido a una elevada prevalencia de cálculos vesiculares, alcoholismo y obesidad asociados (13).

Típicamente afecta pacientes de 40-60 años de edad y se estima que ocurren 10-40 casos por cada 100.000 habitantes por año a nivel mundial (13).

Asimismo, se ha observado una disminución del tiempo de hospitalización y comorbilidades asociadas en el periodo 2009-2013 en comparación con el periodo 2002-2005, debido al uso de herramientas diagnósticas más precisas, así como una estratificación del riesgo individualizado para cada paciente, lo cual permite un mejor abordaje de casos moderados a severos de pancreatitis aguda (13).

La pancreatitis aguda se presenta como casos leves en la mayoría de las ocasiones (80%), y el resto suelen ser graves, los cuales se asocian a complicaciones en un 50% aproximadamente, por lo cual es de suma importancia conocer la etiología de esta patología (31).

En cuanto a la causa más frecuente, tenemos a la presencia de cálculos vesiculares (40%), seguido de un consumo prolongado de alcohol (30%), es decir, entre cuatro a seis bebidas por día por más de cinco años (31). Otras causas a considerar son la hipertrigliceridemia (1 a 2%), especialmente mayor a 1000 miligramos por decilitro, así como ciertos fármacos tales como furosemida, didanosina, azatioprina, estrógenos, sulfonamidas, entre otros (12).

Con relación al diagnóstico, deben estar presentes al menos dos criterios de los siguientes mencionados: dolor abdominal en epigastrio con o sin irradiación en franja y hacia la espalda, exámenes de laboratorio sugestivos

de pancreatitis aguda como por ejemplo la elevación de la amilasa y lipasa en tres veces el límite superior de su valor normal, o hallazgos imagenológicos compatibles con pancreatitis aguda, como por ejemplo ultrasonografía, resonancia magnética o tomografía espiral multicorte (32). Además, cabe mencionar que los hallazgos clínicos, cuando se tratan de casos más severos, son la fiebre, hipotensión, taquicardia, taquipnea, ictericia, diaforesis, signos de irritación peritoneal, equimosis periumbilical y a nivel de los flancos (signo de Cullen y signo de Gray Turner respectivamente), alteración del estado de conciencia, entre otros (32).

La estratificación del riesgo de pancreatitis aguda, como se ha descrito anteriormente, ha sido muy útil, existiendo varios scores, dentro de los cuales, los más utilizados son la clasificación de Atlanta (pancreatitis aguda leve, moderadamente grave y grave), criterios de Ranson (para pronóstico, y estudiado en dos tiempos, es decir, a la llegada del paciente y a las 48 horas), APACHE II (particularmente importante cuando su valor es mayor o igual a 8, ya que nos indica mayor riesgo de mortalidad), criterios de Glasgow modificados (un valor mayor o igual a 3 en las primeras 48 horas es sugestivo de pancreatitis grave), entre otros (33).

Por lo tanto, podríamos concluir que los Criterios de Ranson tienen su utilidad al abordar el paciente en la Sala de Emergencias o al ingreso, pero que definitivamente el APACHE II Score es la base para monitoreo constante clínico-laboratorial combinado con el Índice de Severidad por TCC para brindar un exacto valor predictivo y pronóstico, detección de complicaciones, presencia de SRIS y FO (13).

En cuanto al tratamiento de la pancreatitis aguda, el pilar fundamental es mantener una adecuada hidratación del paciente en conjunto con una óptima terapia analgésica, requiriendo en la mayoría de los casos manejo hospitalario (12). Además, se debe monitorizar continuamente la presión arterial, saturación de oxígeno y gasto urinario cada una a dos horas, especialmente en las primeras 48 a 72 horas del inicio del cuadro clínico, con la finalidad de mantener una vigilancia activa de un caso moderadamente

grave o grave de pancreatitis aguda; en caso estemos frente a un caso grave, con falla orgánica persistente y que no responda a fluidoterapia endovenosa, correspondería manejarlo en el área de unidad de cuidados intensivos. Asimismo, se recomienda realizar una reevaluación física a todo paciente cada cuatro a ocho horas, y contar con exámenes de laboratorio de rutina, especialmente niveles séricos de calcio, glucosa, perfil metabólico completo, hemograma (sobre todo hematocrito), magnesio sérico, creatinina y nitrógeno ureico en sangre, y consignarlo preferentemente cada 6 a 12 horas (12).

Finalmente, en líneas generales, se debe realizar una óptima reanimación con fluidos, utilizar una adecuada terapia analgésica, evitar el uso de antibióticos (a menos que se trate de una pancreatitis aguda infectada), monitorizar funciones vitales, variables clínicas y laboratoriales mencionadas anteriormente (12). El tratamiento endoscópico, con una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica más esfinterotomía, reduce la mortalidad y puede ser necesaria de manera urgente (antes de las 24 horas), en el particular caso de una pancreatitis aguda biliar con colangitis sobreagregada o en coledocolitiasis evidenciada por estudios por imágenes (cálculos persistentes en el conducto biliar), o por la presencia de ictericia o alteración de las pruebas de función hepática (12).

Con relación al caso presentado, cabe mencionar la clínica de dolor abdominal de la paciente, que característicamente se ubicó en el epigastrio, pero que también se encontraba en otras regiones anatómicas del abdomen, tales como el hipocondrio y flanco izquierdo. Además, el tiempo de enfermedad es de aproximadamente 36 horas y se asocia a náuseas y vómitos. Asimismo, se obtienen valores elevados de amilasa, lipasa, transaminasas y leucocitosis sin desviación izquierda.

Con el transcurso de los días, se obtiene un resultado de tomografía abdominal sin contraste, que revela una necrosis pancreática del 80%, lo cual, aunado a los demás exámenes de laboratorio control, resultan en un score de APACHE 10, confirmándose de esta manera la severidad del

cuadro. Sin embargo, se pudo continuar con nutrición enteral (sonda nasoyeyunal), lo cual mejoró notablemente la condición clínica de la paciente, quien evoluciona favorablemente y sale de alta.

3.3. Rotación de Ginecología y Obstetricia

3.3.1. Hipertensión arterial más preeclampsia sobreagregada

La preeclampsia constituye una de las más importantes causas de morbimortalidad materna y perinatal en el mundo, estimándose un 2 a 8% de pacientes con complicaciones en el embarazo por dicha causa (14).

Aunque en la mayoría de los casos la preeclampsia ocurre en nulípara sin factores de riesgo obvios, tenemos dentro de los factores de riesgo los siguientes: nuliparidad, gestaciones multifetales, preeclampsia en un embarazo anterior, hipertensión crónica, diabetes pregestacional y gestacional, trombofilia, lupus eritematoso sistémico antes del embarazo, síndrome de anticuerpos fosfolipídicos, edad materna de 35 años o más, enfermedad renal, entre otros (14).

La preeclampsia es definida como un trastorno hipertensivo del embarazo que ocurre generalmente después de la semana 20 de gestación, acompañado generalmente de proteinuria y otros síntomas generales (14).

Aunque la hipertensión y proteinuria son criterios diagnósticos mayores, existen también otros criterios de diagnósticos, tales como:

- Hipertensión arterial mayor a 140/90 mmHg en más de 2 ocasiones o con una diferencia de 4 horas presentada a partir de la semana 20 de gestación, en una mujer sin enfermedad previa (34).
- Proteinuria: definida por la presencia de 300 mg o más de proteína en orina recolectada en 24 horas y/o relación proteína/creatinina de 0.3 mg (34).
- Trombocitopenia: menos de 100,000 μ L de plaquetas
- Insuficiencia renal: evidenciado por creatinina mayor a 1.1 miligramos por decilitro o el doble del valor normal de la creatinina en paciente sin

enfermedad renal previa (34).

- Falla hepática: cuando se elevan al doble los valores de transaminasas.
- Edema agudo de pulmón
- Cefalea sin respuesta a medicación

Inicialmente, luego de examinar clínicamente a la paciente, se deben recomendar exámenes de laboratorio tales como un hemograma completo (principalmente serie roja y plaquetas), creatinina, enzimas hepáticas (TGO y TGP), lactato deshidrogenasa, ácido úrico, proteínas en orina, así como un examen ecográfico completo del feto (35).

Los mecanismos de la enfermedad que se producen ocurren en diferentes niveles, tales como:

- Cambios vasculares: contrario al aumento de la volemia que ocurre en un embarazo normal, en la preeclampsia existe hiperconcentración de glóbulos rojos, así como la producción de vasoespasmo por agentes vasoconstrictores y vasodilatadores tales como el tromboxano A₂, endotelinas, prostaciclina y óxido nítrico (14).
- Cambios hematológicos: puede ocurrir trombocitopenia y hemólisis que alcanzan niveles severos como parte del síndrome de HELLP.
- Cambios renales: se presenta endoteliosis glomerular que genera proteinuria no selectiva, producto de permeabilidad tubular incrementada para las proteínas con gran peso molecular tales como la albúmina, hemoglobina, transferrina y globulinas (35). Asimismo, la contracción intravascular ocasiona retención renal de sodio y agua; se presenta también oliguria por la reducción del 25% de la tasa de filtrado glomerular.
- Cambios hepáticos: La función hepática se ve alterada, el aumento de transaminasas es a predominio de la AST más que la ALT; en la preeclampsia grave, además, se produce disminución de la síntesis hepática, produciendo alteraciones en el tiempo de protrombina y fibrinógeno.

El tratamiento depende de la severidad del caso, el manejo ambulatorio con

evaluación constante de la madre y el feto es para pacientes con hipertensión, pero sin signos de gravedad; en cambio la hospitalización está indicada en pacientes con características graves. El manejo durante el trabajo de parto o parto tiene como objetivo evitar las convulsiones y la hipertensión arterial; asimismo, se debe culminar la gestación preferentemente, y administrar sulfato de magnesio, para lo cual se suele utilizar el protocolo Sibai, en donde se indican 6 gramos de sulfato de magnesio al 20% en bolo, y posteriormente una infusión de 2 gramos por hora, por un tiempo máximo de 2 días, vigilando además, los síntomas y signos de intoxicación por el fármaco administrado, a través de la frecuencia respiratoria y reflejos osteotendinosos, teniendo al alcance el antídoto gluconato de calcio al 10%, 1 ampolla de 10 ml (34). En el país se cuenta con nifedipino y alfa metildopa.

Con relación al caso presentado, cabe mencionar el diagnóstico previo de hipertensión arterial mal controlada (hace 5 años diagnosticada y con tratamiento irregular), a lo cual se agrega una preeclampsia severa, debido a resultados de presiones elevadas tomadas en la emergencia, cefalea, alteraciones visuales, náuseas, edema ++/+++ en miembros superiores e inferiores, proteinuria +++/+++ , elevación de las transaminasas y de la LDH, así como una edad gestacional de 30 semanas y 5 días por ecografía. Finalmente, el tratamiento definitivo, al igual que en toda preeclampsia, es culminar la gestación, la cual se realizó por vía alta.

3.3.2. Ruptura prematura de membranas

Se denomina ruptura prematura de membranas (RPM) a la ruptura de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto; considerándose como pretérmino a las que ocurren antes de las 37 semanas de edad gestacional (15).

No existe una causa conocida, pero se asocia con múltiples patologías. Ocasiona que se complique en un 3% los embarazos y provoca un 25-30% de los partos prematuros, por lo cual se considera la principal causa de prematuridad y mortalidad materna (15).

Con relación a su patogenia, no presenta causa conocida, sin embargo, se plantea que pueda existir un debilitamiento fisiológico de membranas ovulares por una disminución de resistencias (15).

Además, se ha podido determinar que en la zona en la cual se produce la ruptura hay poca presencia de colágeno, con presencia de edema y material fibrinoide depositado, junto con adelgazamiento de las capas del trofoblasto y decidua, y con aumento en la producción local de prostaglandinas E2 y F2 (15).

En cuanto a los factores de riesgo más importantes tenemos al antecedente de ruptura prematura de membranas, infecciones intrauterinas y/o urogenitales, hemorragia de la primera y segunda mitad del embarazo, procedimientos invasivos (como la amniocentesis), hábitos nocivos (como el tabaquismo), traumatismo agudo, polihidramnios, embarazos múltiples, entre otros (15).

El diagnóstico se basa en la historia clínica y la confirmación de la salida de líquido amniótico por el orificio cervical, mediante la visualización directa con especuloscopia, llegando a confirmarse de esta manera, más del 90% de los casos; además, se pueden efectuar maniobras de Valsalva solicitando a la paciente que tosa o puje, lo cual nos ayuda con la visualización del líquido amniótico (15).

El papel de nitrazina también es una prueba diagnóstica muy útil, que se realiza con una muestra de líquido del fondo de saco con un hisopo estéril, tornándose el papel de color amarillo a azul cuando se encuentra líquido amniótico debido a que presenta ph alcalino; asimismo, existen falsos positivos cuando nos encontramos frente a la presencia de orina, sangre, semen, o en infecciones urogenitales como cervicitis o vaginosis bacteriana (15).

La cristalografía o prueba de helecho, consiste en la observación microscópica de cristales parecidos a la hoja de helecho, lo cual nos indica

que se trata de líquido amniótico (15).

También, se puede utilizar la prueba de la proteína de unión al factor de crecimiento similar a la insulina (IGFBP-1), la cual es especialmente útil cuando existen dudas acerca del diagnóstico, debido a que presenta una alta sensibilidad y especificidad, y siendo positivo cuando la concentración es superior a 30 ng/ml (15).

La ecografía puede ser útil para observar la presencia de oligohidramnios (15). Tener presente que el oligohidramnios no siempre se produce por ruptura temprana de membranas. (16)

Para realizar un manejo adecuado de las pacientes, se debe considerar la madurez fetal, ya que de ello depende la necesidad de iniciar rápidamente con una inducción del parto o el manejo expectante en el cual se hospitaliza a la paciente, vigilando estrictamente el riesgo de ocurrencia de infección en la paciente y el bienestar fetal (15). Si el monitoreo fetal no es tranquilizador, se sugiere inducir el trabajo de parto cuanto antes.

El beneficio del inicio del trabajo de parto, sea inducido o espontáneo, disminuye significativamente el riesgo de infecciones tales como corioamnionitis, endometritis y sepsis neonatal temprana (15).

Cabe mencionar que se debe considerar la edad gestacional de la paciente, debido a que si la RPM ocurre a las 34 semanas de edad gestacional, lo ideal es la inducción del trabajo de parto dentro de las primeras 24 horas; en cambio si la RPM ocurre entre las 24 y 34 semanas, podría ser necesario prolongar el embarazo para ayudar con la maduración fetal, para lo cual se puede hacer uso de corticoides, tocolíticos, junto con tratamiento antibiótico necesario debido al alto riesgo de infección que supone un RPM prolongado (15).

Si la RPM ocurre en una edad gestacional menor a 24 semanas, existe un mayor riesgo para el feto, sobre todo por la falta de viabilidad del mismo, y la escasa respuesta a la terapia instaurada para acelerar la maduración fetal,

por lo cual en estos casos se deben evaluar los riesgos y beneficios individualizadamente para cada paciente, con la finalidad de obtener un manejo más adecuado y especializado (15).

En cuanto a las opciones de tratamiento farmacológicos, se tienen los siguientes:

- Tocolíticos (nifedipino, indometacina, sulfato de magnesio, terbutalina): el uso de estos medicamentos son controversiales debido a que en algunos casos se ha asociado a un mayor riesgo de corioamnionitis; sin embargo, se podrían utilizar en periodos de latencia largos (aquellas pacientes que no entrarán a trabajo de parto activo en las próximas 48 horas) con el objetivo de administrar corticoesteroides para la maduración pulmonar fetal. Es importante mencionar que este grupo farmacológico no debe ser usado más de 48 horas o en mujeres en fase activa de trabajo de parto (15).

- Corticoesteroides: se recomienda su uso en mujeres embarazadas entre las 24-34 semanas de edad gestacional y se puede ser considerado su uso en mujeres con 23 semanas de edad gestacional que se encuentran en riesgo de parto prematuro (16). En los esquemas recomendados se utiliza betametasona (12 mg IM cada 24 horas, 02 dosis) o dexametasona (6 mg IM cada 12 horas, 04 dosis), alcanzando su máximo efecto a las 24 horas posteriores a su administración, con una duración aproximada de 7 días (15). Asimismo, se debe mencionar que el uso de estos fármacos ha logrado disminuir la mortalidad neonatal, puesto que disminuye la incidencia del síndrome de dificultad respiratoria, enterocolitis necrotizante y hemorragia intraventricular (15).

- Sulfato de magnesio: es utilizado en gestantes entre las 24 y 34 semanas con riesgo inminente de parto prematuro, cuyo esquema de administración es de 4 gramos por vía endovenosa en 20 minutos como dosis de impregnación, seguido de 1 gramo por cada hora durante unas 12 horas hasta la culminación del embarazo (15). La utilización en este contexto, se ha relacionado con una reducción del 30% al 40% de

parálisis cerebral y disfunción motora gruesa, por lo tanto, se vincula con neuroprotección cerebral (16).

- Profilaxis antibiótica: se utiliza principalmente para la prevención de infecciones, especialmente corioamnionitis, aunque también previenen infecciones neonatales (15).

Con relación al presente caso, la principal manifestación ocurre con la pérdida de líquido claro y espeso, por vía vaginal, de hace aproximadamente 2 horas antes del ingreso a emergencia, presentando una dinámica uterina de 1 contracción en 10 minutos, 20 minutos antes del ingreso. Además, es importante mencionar que la paciente presenta 18 años de edad, con una edad gestacional de 38 semanas y 4 días por ecografía precoz. Por lo tanto, nos encontramos frente a un RPM a término, de pocas horas de evolución, con lo cual se acepta de manera favorable un parto por vía vaginal.

3.4. Rotación en Cirugía General

3.4.1. Apendicitis aguda supurada

Se trata de la inflamación aguda del apéndice vermiforme no debida a otros desórdenes inflamatorios como son la enfermedad inflamatoria intestinal (17).

La estenosis del lumen del apéndice cecal produce un incremento de presión intraluminal, que produce oclusión vascular en vasos pequeños y estasis linfáticos. La pared apendicular se torna isquémica y necrótica. Luego se produce una infección bacteriana en el apéndice obstruido. En la etapa temprana de la apendicitis aguda predominan los organismos aeróbicos y en etapas posteriores los microorganismos aeróbicos y anaerobios (17).

El apéndice cecal es un órgano tubular que se ubica en la pared posteromedial del ciego, aproximadamente a 1.7 centímetros de la válvula ileocecal, entre la convergencia de las tenias cólicas; con una longitud aproximada de 91.2 milímetros y 80.3 milímetros en varones y mujeres respectivamente (36). Dicho apéndice es un divertículo verdadero, ya que su pared se conforma de

mucosa, submucosa, muscular longitudinal y circular y serosa (18). En cuanto a los límites anatómicos, posteriormente limita con el plexo lumbar y los músculos psoas ilíaco, y anteriormente con la pared abdominal; la irrigación arterial es a través de la arteria apendicular (rama terminal de la arteria ileocólica), la cual viaja a través del mesoapéndice (18), el cual es responsable también de la movilidad del apéndice, lo cual origina distintas posiciones tales como la retrocecal, subcecal, preileal, postileal y pélvica (18).

Dentro de las manifestaciones clínicas de apendicitis aguda, el síntoma más frecuente es el dolor abdominal, el cual se suele ubicar en la región epigástrica y periumbilical, migrando posteriormente a la fosa ilíaca derecha en un 50 a 60% de los casos; asimismo también podemos encontrar otras manifestaciones tales como hiporexia o anorexia, náuseas y vómitos, constipación o diarrea, y fiebre (18).

La aparición de náuseas y vómitos ocurre después de la instalación del dolor, y la fiebre suele manifestarse alrededor de seis horas después del cuadro clínico; éste varía en forma considerable de una persona a otra, lo cual, en algunos casos, es atribuible a la localización de la punta del apéndice por la irritación que produce el apéndice, pueden presentarse otros síntomas como urgencia miccional, disuria o síntomas rectales como tenesmo o diarrea (18).

De acuerdo al examen físico realizado en un paciente con apendicitis aguda, la primera conducta debe ir orientada a la toma de funciones vitales, y posteriormente evaluar adecuadamente el abdomen, en busca de puntos dolorosos relevantes para el diagnóstico, como por ejemplo el punto de McBurney (localizado a dos tercios del ombligo de la línea imaginaria trazada de la cicatriz umbilical a la espina ilíaca anterosuperior derecha), o signos de irritación peritoneal en caso se trate de una apendicitis aguda complicada (36).

Entre ellos se encuentran Blumberg (dolor ante la descompresión brusca en la fosa iliaca derecha), Rovsing (palpación en la fosa iliaca izquierda con dolor referido en la fosa contralateral), psoas (dolor en la fosa iliaca derecha — FID—por la extensión de la cadera derecha), obturador (dolor en la FID tras

la flexión y rotación interna de la cadera derecha), etcétera (18).

La apendicitis aguda es una de las causas más comunes de enfermedad abdominal aguda (19), presentándose entre las edades de 10 a 19 años, y con más frecuencia en el sexo masculino (20). El riesgo para desarrollar apendicitis aguda corresponde al 8.6% para hombres y 6.7% para mujeres (20). Existe una correlación significativa entre el diámetro apendicular (menor o igual a 6 mm y mayor de 6mm) con el conteo de glóbulos blancos. La sensibilidad para el score del ratio Neutrófilo/Linfocito en el diagnóstico de apendicitis es del 86.1% convirtiéndose en un parámetro importante que puede ayudar en el diagnóstico de apendicitis aguda con diámetro apendicular menor o igual a 6mm (20). La demora en el diagnóstico correcto de apendicitis aguda puede acarrear serias complicaciones (21). Para evitar las complicaciones se han desarrollado múltiples sistemas de scores, así como modalidades de imágenes (20). El score de Alvarado y las pruebas de imágenes detectan signos sugestivos de apendicitis aguda, incluyendo el diámetro mayor de 6mm del apéndice cecal, cambios grasos periapendiculares de tipo inflamatorio, engrosamiento mayor de 3mm de pared apendicular, lumen apendicular dilatado no compresible hasta de 2 cm, sombra acústica de fecalito, omento reflejado alrededor del apéndice, engrosamiento cecal, adenomegalias regionales y líquido libre en la región apendicular (21).

La ecografía se considera altamente sugestiva de apendicitis aguda si se encuentran 2 o más hallazgos sonográficos y un Score de Alvarado mayor o igual a 7 (21). La precisión diagnóstica del método combinado es mejor que el test de Alvarado solo. Sin embargo, la TAC es de menor sensibilidad y precisión. La combinación de la ecografía con el test de Alvarado es útil cuando no se dispone de TAC (21). El score de RIPASA (Raja Isteri Pengiran Anak Saleha Appendicitis) ha demostrado mejor sensibilidad y especificidad que el score de Alvarado en población asiática y del medio este (21). Con un score de 7.5 el score de RIPASA demostró una razonable sensibilidad y especificidad de 85.39% y de 69.86% respectivamente, valor predictivo positivo de 84.06% y valor predictivo negativo de 72.86% (21). En pacientes

pediátricos el score de apendicitis pediátrico de Samuel (PAS) incluye hallazgos similares al score de Alvarado con un hallazgo clínico más característico como el dolor en cuadrante inferior derecho con la tos, los saltos o la percusión (21).

La apendicitis aguda se presenta generalmente en pacientes entre la segunda y tercera décadas de la vida, siendo menos frecuente en los extremos de la vida (21). El manejo tradicional para apendicitis, tanto complicada como no complicada, es la apendicectomía; es uno de los procedimientos más realizados por los cirujanos generales en el mundo, y la realización del mismo se asocia a baja morbilidad y mortalidad (21). Actualmente, el abordaje quirúrgico de elección es la apendicectomía laparoscópica, principalmente en apendicitis aguda no complicada (37).

Un hallazgo de llamar la atención es que el uso del abordaje laparoscópico disminuye la tasa de infección de herida quirúrgica, es segura y puede producir una disminución en el tiempo de estancia intrahospitalaria, pero, teóricamente, aumenta la frecuencia de abscesos intraabdominales (21). El manejo antibiótico debe cubrir, idealmente, microorganismos aerobios y anaerobios (37).

Con relación al presente caso, observamos una clínica característica, manifestada con un dolor abdominal localizado en fosa ilíaca derecha, sin irradiación, asociado a náuseas y vómitos, desde hace aproximadamente 24 horas. Asimismo, se evidenció signo de McBurney positivo, siendo el resto del examen físico negativo.

La tomografía de abdomen con contraste nos ayuda a visualizar un apéndice cecal aumentado de tamaño, principalmente en su diámetro (10 mm), lo cual, aunado a los exámenes de laboratorio nos ayuda a plantear con seguridad, apendicitis aguda supurada (no complicada) como diagnóstico.

Finalmente, la conducta terapéutica final fue la realización de una cirugía (apendicectomía por abordaje laparoscópico) el mismo día del ingreso a

emergencia, evolucionando favorablemente y saliendo de alta con sus respectivas indicaciones.

3.4.2. Hernia umbilical sin obstrucción ni gangrena

La hernia umbilical es una de las patologías más comunes a nivel de la pared abdominal anterior, encontrándose una frecuencia de entre 6 a 14%, la cual tiene diferente etiología dependiendo del grupo etareo. Siendo así, en la población infantil tenemos al defecto de cierre del anillo umbilical como causa más frecuente, mientras que el debilitamiento de la fascia del tejido conjuntivo periumbilical se encuentra con mayor importancia en los adultos (22).

La frecuencia de presentación comprende una relación de 1.7 a 1 en mujeres a hombres respectivamente; asimismo, entre los factores de riesgo tenemos aquellos en los cuales la presión intraabdominal se encuentra aumentada, como por ejemplo en la obesidad, ascitis, multiparidad, entre otros (22).

En cuanto al diagnóstico, generalmente se realiza en la consulta externa, y se realiza mediante la comprobación clínica de un aumento de volumen con defecto aponeurótico en la región umbilical de la pared abdominal (22).

El tratamiento de elección es quirúrgico, utilizando con mayor frecuencia las herniorrafias de la pared abdominal anterior; asimismo, no se ha demostrado que exista mejores resultados, es decir, que se reduzca la incidencia de infecciones o recurrencias, cuando se utiliza una cirugía abierta versus la técnica laparoscópica (22).

En la población infantil, si el defecto herniario es menor a 1.5 centímetros se podría optar por un manejo conservador hasta los dos años de edad (22). En niños mayores de 2 años con defecto herniario el tratamiento es quirúrgico (22).

Con relación al caso clínico presentado, se evidenció un cuadro clínico característico, presentando dolor a nivel de la región umbilical asociada a una masa palpable que protruía con la maniobra de Valsalva, no reductible

manualmente, siendo necesaria una intervención quirúrgica para la corrección de esta patología.

Finalmente, el paciente evoluciona favorablemente en el posoperatorio, saliendo de alta el mismo día de su cirugía, con indicaciones en cuanto a la dieta y cuidados de la herida operatoria.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico del autor se realizó en dos hospitales y un Centro de Salud nivel I-IV, todos en el ámbito del MINSA y se realizaron las rotaciones en plena época pandémica, se protegió de alguna manera al interno haciéndolo rotar áreas No COVID, sin embargo, el contacto con pacientes, personal de salud y cointernos hacía inevitable los contagios. Al inicio de las rotaciones se realizaban pruebas de descarte, sin embargo, posteriormente y con el inicio de la tercera ola, éstas se realizaban al personal que estaba en contacto con los casos positivos.

Durante la rotación del centro de salud y el inicio en el Hospital San Bartolomé se desarrolló la tercera ola, si bien es cierto la afluencia de pacientes disminuyó, eso no impidió que se vieran casos interesantes y debido al masivo contagio de los asistentes y residentes, fue la oportunidad de los internos para poder realizar más procedimientos, que siempre fueron supervisados.

Se ha podido apreciar que a pesar de que ambos hospitales pertenecen al Minsa, hay claras diferencias en lo referente a su administración, sobre todo en el abastecimiento de equipos, medicamentos y materiales que se requieren para la atención del paciente; esto nos lleva a la reflexión de que no deberían existir diferencias, porque los pacientes requieren una atención oportuna, eficiente y de calidad.

Es bueno resaltar que la experiencia en la rotación en el Centro de Salud nos lleva a concluir la importancia de la atención primaria, donde se deben resolver la mayor parte de los problemas de salud, para evitar sobrecarga a las emergencias de los hospitales más complejos. Asimismo, la importancia de reconocer que el centro debe ser el promotor de prevención de enfermedades en la comunidad.

La gran fortaleza que combaten las deficiencias encontradas en las distintas realidades, es precisamente, el personal de salud, que la mayoría está comprometido y trabaja en equipo en favor del paciente, si bien es cierto que existe jerarquía entre personal médico, el interno que está supeditado a los residentes y asistentes, logra adquirir habilidades que van a servir de base para su desarrollo profesional.

CONCLUSIONES

- 1.- El Internado médico ha permitido al autor, en su calidad de estudiante de Medicina Humana, desarrollar y poner en práctica los Conocimientos, Actitudes y Prácticas en un medio asistencial.
- 2.- La pandemia del COVID-19 ha condicionado modificaciones en los lineamientos educativos y de actividades asistenciales destinados a cumplir con los requerimientos necesarios para la buena práctica del Internado Médico.
- 3.- La experiencia del Internado en Medicina permitió al autor integrar el conocimiento adquirido en la universidad con la actividad práctica asistencial en las áreas de Medicina, Cirugía, Pediatría Gineco-Obstetricia y el Primer Nivel de Atención (Centro de Salud).
- 4.- La actividad desarrollada en el Primer Nivel de Atención (Centro de Salud) permitió al autor valorar la importancia y poner en práctica los programas de prevención y promoción de la salud de la población local adscrita.
- 5.- La experiencia del internado médico permitió la integración como parte del equipo profesional de la salud en los diferentes ámbitos disciplinarios permitiendo al autor valorar mejor la labor del personal de salud y desarrollar el trabajo en equipo.

- 6.- El internado en Medicina permitió al autor practicar el servicio al prójimo y la experimentar la satisfacción del deber cumplido y haber contribuido con el bienestar del paciente, así como poner en práctica actividades de tipo preventivo promocionales de salud.

RECOMENDACIONES

- 1.- Siendo la actividad del Internado Médico de trascendental importancia en la formación profesional del futuro médico, es conveniente mejorar las actividades de coordinación previas al inicio del mismo para enfrentar las vicisitudes de la Pandemia u otras circunstancias que pudiesen alterar el ritmo y la calidad de la actividad educativa.
- 2.- Siendo las actividades preventivo-promocionales de importancia e impacto en la salud poblacional, así como parte importante de nuestro futuro quehacer en el Servicio Rural Urbano Marginal de salud, sería importante ampliar el periodo de entrenamiento en la atención primaria de la salud desarrollando cabalmente los programas preventivo-promocionales.
- 3.- De acuerdo con la experiencia obtenida sería recomendable que el Sistema de Salud utilice instrumentos integrados en la realización de las historias clínicas y procedimientos de laboratorio con fines de unificar criterios e intercambiar información interinstitucional.

- 4.- Sería conveniente coordinar un soporte constante de entrenamiento en casos clínicos “Tipo” en cada rotación que dé el sustento necesario por parte de la universidad para mejorar la calidad del entrenamiento y ampliar nuestra experiencia. De esta forma podría suplirse algunas deficiencias debidas a las diferencias existentes entre las diferentes sedes hospitalarias.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Arroyo F, Rojas D. Internado médico durante la pandemia del COVID-19: la problemática de los practicantes preprofesionales de medicina ante la legislación peruana [Internet]. Dev.scielo.org.pe. 2020 [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: <http://dev.scielo.org.pe/pdf/amp/v37n4/1728-5917-amp-37-04-562.pdf>
2. ASPEFAM. Internado Médico en el Primer Nivel de Atención [Internet]. Ucsm.edu.pe. 2021 [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.ucsm.edu.pe/wp-content/uploads/documentos/transparencia/medicina/INTERNADO_MEDICO_PRIMER_NIVEL_ATENCION_ASPEFAM.pdf
3. Gobierno del Perú. DECRETO DE URGENCIA QUE ESTABLECE MEDIDAS EXCEPCIONALES Y TEMPORALES QUE COADYUVEN AL CIERRE DE BRECHAS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD PARA AFRONTAR LA PANDEMIA POR LA COVID -19 [Internet]. Cdn.gob.pe. 2020 [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1184155/DU090_2020.pdf
4. Tapia R, Núñez R, Salas R, Rodríguez A. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas. México en el contexto latinoamericano [Internet]. 2007 [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v21n4/ems05407.pdf>
5. Asociación Latinoamericana de Diabetes. Guía ALAD "Diagnóstico, control, prevención y tratamiento del Síndrome Metabólico en Pediatría" [Internet]. Revistaalad.com. 2009 [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.revistaalad.com/pdfs/0905_Guia_ALAD.pdf

6. Araujo O. Síndrome metabólico en la infancia, un enfoque para la atención primaria [Internet]. 2015 [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v87n1/ped10115.pdf>

7. Arenas R. ATLAS DERMATOLOGÍA [Internet]. Amigos del PDF. 2010 [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: <https://friendsofincollakes.org/dermatologia-de-arenas-22/>

8. NIH. Archivo de "Indian Journal of Dermatology". - PMC [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2021 [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals/963/>

9. Gattinoni L, Gattarello S, Steinberg I, Busana M, Palermo P, Lazzari S, et al. Neumonía por COVID-19: fisiopatología y manejo [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2021 [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8527244/pdf/ERR-0138-2021.pdf>

10. Morales A, Llanos F, Salas J, Casanova A. Rehabilitación respiratoria oportuna y precoz en pacientes con neumonía covid 19 en un hospital referencial [Internet]. Inicib.urp.edu.pe. 2021 [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: <http://inicib.urp.edu.pe/cgi/viewcontent.cgi?article=1401&context=rfmh>

11. Gil R, Bitar P, Deza C, Dreyse J, Florenzano M, Ibarra C, et al. Presentación clínica del COVID-19 [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2021 [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7849538/pdf/main.pdf>

12. Bustamante D, Laínez A, García W, Rubio L, Rosales A, Romero L, et al. Pancreatitis Aguda: Evidencia Actual [Internet]. 2018 [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/pancreatitis-aguda-evidencia-actual.pdf>

13. Garro V, Thuel M. Diagnóstico y manejo de la pancreatitis aguda [Internet]. Medigraphic.com. 2020 [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms207j.pdf>

14. ACOG Practice Bulletin. La hipertensión gestacional y preeclampsia [Internet]. Idoc.pub. 2019 [cited 28 April 2022]. Available from: <https://idoc.pub/documents/acog-transtornos-hipertensivos-en-el-embarazo-klzoz13mr74g>

15. Orias M. Ruptura prematura de membrana [Internet]. Revistamedicasinergia.com. 2020 [citado el 14 de abril de 2022]. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/606/1041>

16. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. Dev.scielo.org.pe. 2018 [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: http://dev.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=2304-513220180002&lng=en&nrm=iso

17. Asian Journal of Surgery. Application and exploration of “finger simulating movement” in clinical teaching of acute appendicitis [Internet]. Reader.elsevier.com. 2021 [cited 14 April 2022]. Available from: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1015958421004103?token=911BFBB8B4C626FEFD4D6BABDD8A1C5DB29854AA88D5CF26CE4884D6754DE82FD832045558B54520EDBB3B78521F9DD6&originRegion=us-east-1&originCreation=20220415041822>

18. Daldal E, Dagmura H. The Correlation between Complete Blood Count Parameters and Appendix Diameter for the Diagnosis of Acute Appendicitis [Internet]. Answers.microsoft.com. 2020 [cited 14 April 2022]. Available from: <https://answers.microsoft.com/en-us/windows/forum/all/cusersusernamefile-folder-name-refers-to/9e70e0ed-0bea-40bd-88f3-2fb16f00ca0a>

19. BJS SOCIETY. Assessment of the Diagnostic Accuracy of Alvarado Scoring System Combined with Focused Ultrasound in the Diagnosis of Acute Appendicitis [Internet]. 2020 [cited 14 April 2022]. Available from: <https://bjssjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/bjs.12037>

20. Romero J, Valencia S, Guerrero A. Acute Appendicitis During Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Changes in Clinical Presentation and CT Findings [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2020 [cited 14 April 2022]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7321660/pdf/main.pdf>
21. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2020 [cited 14 April 2022]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7386163/pdf/13017_2020_Article_306.pdf
22. Acosta F, Calzada M, Delgado S, Kantún J, Montalvo L, Valenzuela A. Diagnóstico y Reparación de la Hernia Umbilical [Internet]. Cvsp.cucs.udg.mx. 2008 [cited 29 April 2022]. Available from: http://cvsp.cucs.udg.mx/guias/TODAS/IMSS_068_08_HERNIA_UMBILICAL/IMSS_068_08_EyR.pdf
23. Huerta Hidalgo J. El internado en ciencias de la salud como modalidad formativa laboral y el Decreto de Urgencia No. 090-2020 - Enfoque Derecho | El Portal de Actualidad Jurídica de THĒMIS [Internet]. Enfoque Derecho | El Portal de Actualidad Jurídica de THĒMIS. 2020 [cited 29 April 2022]. Available from: <https://www.enfoquederecho.com/2020/09/14/el-internado-en-ciencias-de-la-salud-como-modalidad-formativa-laboral-y-el-decreto-de-urgencia-no-090-2020/>
24. Rosero L, Rosero J, Limones M, Soledispa E. Obesidad y síndrome metabólico en pediatría [Internet]. 2019 [citado el 28 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.studocu.com/co/document/universidad-pedagogica-y-tecnologica-de-colombia/semiologia/670-texto-del-articulo-894-1-10-2013-0521/13575516>

25. Óscar P, Toro E, González J, Miranda M, Profesor Cristian Tapia I, Ciencias J. 2°C Agropecuario Escuela Agrícola [Internet]. 2cagricolasanfelipe.blogspot.com. 2020 [citado el 28 de abril de 2022]. Disponible en:
<https://2cagricolasanfelipe.blogspot.com/2020/08/>
26. Pellegrini J, Ortega C, Méndez S, García S, Ruano J, Sánchez T, et al. Grupo de trabajo de Asma y Alergia de la SEPEAP La nueva Guía Española para el Manejo del Asma, GEMA4.0, y la Pediatría de Atención Primaria [Internet]. Pediatriaintegral.es. 2015 [citado el 28 de abril de 2022]. Disponible en:
<https://www.pediatriaintegral.es/category/publicacion-2015-07/>
27. Pellegrini J, Ortega C, Méndez S, García S, Ruano J, Vélez T, et al. Grupo de trabajo de Asma y Alergia de la SEPEAP La nueva Guía Española para el Manejo del Asma, GEMA4.0, y la Pediatría de Atención Primaria Editorial [Internet]. Esdocs.com. 2015 [citado el 28 de abril de 2022]. Disponible en:
<https://esdocs.com/doc/1683278/descargar-pdf---pediatr%C3%ADa-integral>
28. Ramírez E. Enfermedades ampollasas [Internet]. Coursehero.com. 2010 [citado el 28 de abril de 2022]. Disponible en:
<https://www.coursehero.com/file/66494392/Enfermedades-ampollosas-pdf/>
29. Quispe K. FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS Y COVID-19 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO – ESSALUD OCTUBRE 2020 - MAYO 2021 [Internet]. Repositorio.unsa.edu.pe. 2021 [citado el 28 de abril de 2022]. Disponible en:
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12773/12797/MCquhukm.pdf?isAllowed=y&sequence=1>

30. Guerrero G. "CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PACIENTES CON COVID -19 SIN COMPLICACIONES RESPIRATORIAS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL-2021" [Internet]. Repositorio.utn.edu.ec. 2021 [citado el 28 de abril de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/11692/2/06%20ENF%201209%20TRABAJO%20GRADO.pdf>

31. Jamanca H. Factores pronósticos de severidad en pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda en el servicio de gastroenterología del HNSEB de junio 2016 aJ 2018 [Internet]. Repositorio.urp.edu.pe. 2019 [citado el 28 de abril de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1862>

32. Vallejo R, Rosa Gonzáles M, Santiago G, Ortega E, Gómez P, Panadero F. PANCREATITIS AGUDA Y CRÓNICA [Internet]. Botplusweb.portalfarma.com. 2018 [citado el 28 de abril de 2022]. Disponible en: <https://botplusweb.portalfarma.com/documentos/2018/10/22/128556.pdf>

33. Santamaria K. "SÍNDROME DE MIRIZZI Y PANCREATITIS AGUDA DE ORIGEN BILIAR" [Internet]. Repositorio.uta.edu.ec. 2021 [citado el 28 de abril de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/33968/1/SANTAMARIA%20SALAZAR%20KAREN%20MISHELL%20%20%28%20sello%29.pdf>

34. Arellan Alzamora J. EXPERIENCIA ADQUIRIDA EN DOS HOSPITALES PÚBLICOS DE LIMA EN EL CONTEXTO DEL INTERNADO MÉDICO DURANTE EL PERIODO 2020-2021 [Internet]. 2021 [cited 28 April 2022]. Available from: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/8141/arellan_j.pdf

35. López N, Quintanilla A. "GUIA DE ATENCIÓN DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO" [Internet]. Docs.bvsalud.org. 2020 [cited 28 April 2022]. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1128344/37-11106258.pdf>
36. Hernández-Cortez J, León-Rendón J, Martínez-Luna M, Guzmán-Ortiz J, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura [Internet]. Scielo.org.mx. 2020 [cited 29 April 2022]. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-00992019000100033&script=sci_arttext
37. Souza L, Martínez J. Apendicitis aguda. Manejo quirúrgico y no quirúrgico [Internet]. Docplayer.es. 2016 [cited 28 April 2022]. Available from: <http://docplayer.es/52477107-Apendicitis-aguda-manejo-quirurgico-y-no-quirurgico.html>