

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DURANTE EL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL DE EMERGENCIA VITARTE DURANTE EL PERIODO
ABRIL 2023 A FEBRERO 2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR
EL TITULO PROFESIONAL DE MEDICA CIRUJANA**

**PRESENTADO POR
ISABELLA ALEXANDRA CASTILLO CABALLERO**

**ASESOR
JOHAN EDUARDO MEDRANO ÁLVAREZ**

**LIMA - PERÚ
2024**



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada

CC BY-NC-ND

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DURANTE EL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL DE EMERGENCIA VITARTE DURANTE EL
PERIODO ABRIL 2023 A FEBRERO 2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
ISABELLA ALEXANDRA CASTILLO CABALLERO**

**ASESOR
DR. JOHAN EDUARDO MEDRANO ÁLVAREZ**

LIMA - PERÚ

2024

JURADO

Dra. Huamani De la Cruz Emma Mercedes

Dr. Tovar Rocca Jeffrey

Dr. Cano Gamarra Sandro Yanick

DEDICATORIA

A mis padres, que contribuyeron a lo largo de estos años en mi carrera profesional

AGRADECIMIENTO

Gracias a todos los que formaron parte de mi crecimiento personal y profesional. A mis padres por todo su apoyo, esfuerzo y dedicación, por siempre impulsarme a seguir adelante y apuntar alto, y a mi hermano Andrés por hacerme reír en los momentos de tensión.

INDICE

RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCION	x
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1. ROTACIÓN EN NEONATOLOGÍA Y PEDIATRÍA	1
1.1 Caso clínico N° 1	2
1.2 Caso clínico N° 2	4
2. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA	7
2.1 Caso clínico N° 1	8
2.2 Caso clínico N° 2	10
3. ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	12
3.1 Caso clínico N° 1	14
3.2 Caso clínico N° 2	16
4. ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL	18
4.1 Caso clínico N° 1	19
4.2 Caso clínico N° 2	21
CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	25
CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	26
1. ROTACIÓN DE NEONATOLOGÍA Y PEDIATRÍA	26
1.1 Caso clínico N° 1	26
1.2 Caso clínico N° 2	28
2. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA	31
2.1 Caso clínico N° 1	31
2.2 Caso clínico N° 2	33
3. ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	36
3.1 Caso clínico N° 1	36
3.2 Caso clínico N° 2	38

4. ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL	42
4.1 Caso clínico N° 1	42
4.2 Caso clínico N° 2	44
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	47
V.CONCLUSIONES	49
VI. RECOMENDACIONES	50
VII. FUENTES DE INFORMACIÓN	51

RESUMEN

El periodo de internado médico constituye una fase esencial e imprescindible en la educación del estudiante de medicina humana; ya que durante el último año de estudios se llevan a cabo actividades preprofesionales que permiten la aplicación práctica de todos los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera.

Durante esta etapa, se asumen responsabilidades en el área hospitalaria como participar activamente en la elaboración de historias clínicas, desarrollar planes terapéuticos y observar de cerca la evolución y recuperación de los pacientes. En el internado se realizan cuatro rotaciones en los servicios de Pediatría, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, y Medicina Interna, cuya experiencia aporta de manera considerable al crecimiento profesional de los médicos en formación, capacitándolos para desempeñarse eficazmente en la mejora del bienestar y cuidado de la salud de la población.

Objetivo: Exponer las aptitudes y conocimientos obtenidos durante el internado médico 2023 - 2024.

Metodología: Recopilación de casos clínicos observados en las distintas rotaciones de Pediatría, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, y Medicina Interna realizados en el Hospital de Emergencias Ate Vitarte.

Conclusión: Es importante generar registros e informes de los casos clínicos presenciados durante el internado médico. Este documento no solo expone lo aprendido durante las prácticas clínicas, sino que también contribuye a generar evidencia científica valiosa para otros profesionales de la salud y estudiantes de medicina.

Palabras clave: Internado médico, Medicina interna, Cirugía, Pediatría y Ginecología y Obstetricia.

ABSTRACT

The internship constitutes an essential and indispensable phase in the education of medical students; as during the final year of studies, pre-professional activities are carried out that allow the practical application of all knowledge acquired throughout the career.

During this stage, responsibilities are assumed in the hospital area such as actively participating in the preparation of clinical histories, developing therapeutic plans, and closely observing the evolution and recovery of patients. In the internship, four rotations are carried out in the services of Pediatrics, Surgery, Gynecology and Obstetrics, and Internal Medicine, whose experience significantly contributes to the professional growth of future doctors, which aids in their progression as aspiring physicians, aiming to enhance the well-being and healthcare of the community.

Objective: Present the skills and knowledge acquired during the medical internship from 2023 - 2024.

Methodology: Collection of original clinical cases observed during rotations in Pediatrics, Internal Medicine, Gynecology and Obstetrics, and Surgery conducted at the Ate Vitarte Emergency Hospital.

Conclusion: It is important to generate records and reports of clinical cases witnessed during the medical internship. This document not only showcases what was learned during clinical practices but also contributes to generating valuable scientific evidence for other healthcare professionals and medical students.

Keywords: Medical internship, Internal Medicine, Surgery, Pediatrics, Gynecology, and Obstetrics.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DURANTE EL INTERNADO
MÉDICO EN EL HOSPITAL DE EMERGEN
CIA VITARTE DURANTE EL PERIODO AB
RI**

AUTOR

**ISABELLA ALEXANDRA CASTILLO CABA
LLERO**

RECuento de palabras

16137 Words

RECuento de caracteres

92570 Characters

RECuento de páginas

65 Pages

Tamaño del archivo

5.8MB

Fecha de entrega

Apr 3, 2024 9:00 AM GMT-5

Fecha del informe

Apr 3, 2024 9:02 AM GMT-5

● **18% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 18% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado

INTRODUCCION

El internado médico representa una fase esencial durante el último año de la carrera de medicina humana, en donde los estudiantes tienen la oportunidad de aplicar y consolidar los conocimientos adquiridos en los años previos de formación teórica y práctica. Este periodo se lleva a cabo en un entorno hospitalario, donde los internos trabajan directamente con pacientes, en el que colaboran con diversos profesionales de la salud (médicos especialistas, enfermeras y obstetras), personal de administración, mantenimiento y seguridad. Dicho ambiente le brinda la oportunidad de aprender y crecer profesionalmente, bajo la supervisión de médicos experimentados.

Anteriormente en el Perú, la duración habitual de la práctica médica durante el internado era de 12 meses. Sin embargo, debido al estado de emergencia decretado el 15 de marzo del 2020 a causa de la pandemia por COVID-19, se modificó y acortó la duración del internado médico a 10 meses, la cual fue distribuido en una rotación de 2 meses en un centro de salud de primer nivel y los 8 meses restantes en un centro hospitalario entre los servicios de Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Neonatología, y Cirugía.

Previo al inicio del internado, es necesario que el estudiante esté acreditado académicamente por su universidad de origen con una nota aprobatoria. Posteriormente, se lleva a cabo un proceso de elección de sedes otorgado por la facultad de medicina según los convenios brindados por MINSA, Fuerzas armadas y policial o clínicas privadas; la cual depende del promedio ponderado obtenido durante los años previos. No obstante, algunas sedes requieren que el estudiante tenga un promedio mínimo que lo sitúe en el tercio o quinto superior de su promoción para poder presentar un examen de capacidad y determinar si son aceptados en dicho establecimiento. Por otro lado, ESSALUD, lleva a cabo un examen a nivel nacional de conocimientos teóricos. En función a la calificación obtenida el postulante podrá elegir la sede donde realizará su internado. Finalmente, a manera de consolidar los conocimientos adquiridos en este periodo, se desarrolló este trabajo exponiendo 8 casos clínicos de cada una de las rotaciones con el objetivo principal de desarrollar habilidades en el diagnóstico precoz, manejo oportuno

y trato humanizado hacia los pacientes, manteniendo siempre el debido respeto por la integridad de cada uno de ellos

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

1. ROTACIÓN EN NEONATOLOGÍA Y PEDIATRÍA

En el servicio de neonatología se rota durante un mes y se divide en las áreas de atención inmediata del recién nacido, centro obstétrico, hospitalización general, alojamiento conjunto, lactario, intermedios y unidad de cuidados intensivos. Los internos de medicina elaboran una anamnesis exhaustiva y detallada, enriqueciéndola con información recabada mediante entrevistas con la madre. Esto se hace con el fin de identificar posibles signos de alarma y proporcionar una atención específica durante el parto, así como para la atención inmediata del recién nacido. Posteriormente se efectúa un examen físico completo para la identificación de posibles patologías neonatales como la ictericia neonatal, malformaciones congénitas, taquipnea transitoria, enfermedad de membrana hialina, síndrome de aspiración meconial, entre otros. Finalmente, el neonato es admitido junto con la madre en el área de hospitalización, ya sea en salas generales, intermedias o en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCI), en función de su estado de salud.

Asimismo, en el servicio de pediatría, se rota durante un mes y se divide en las áreas de emergencia, observación, hospitalización general y unidad de cuidados intensivos.

En triaje de emergencia, se realiza la evaluación del triángulo pediátrico para identificar rápidamente a los pacientes que necesitan atención inmediata. A continuación, se procede a desarrollar la historia clínica con una exploración física adecuada para el diagnóstico y manejo oportuno de patologías como bronquiolitis, síndrome obstructivo bronquial agudo con neumonía, crisis asmáticas, crup, dengue, urticaria, convulsiones febriles, entre otros; y según el estado del clínico del paciente se lleva a cabo un manejo inicial, donde posteriormente se decide el alta u hospitalización.

1.1 Caso clínico N° 1

Recién nacido producto de segunda gestación (G1 P1001), con madre de 20 años, aparentemente sana sin antecedentes de importancia. Natural de Venezuela y proveniente de Ate. Vive sola en la ciudad desde llegó al Perú hace 5 meses por lo que no tiene sistemas de apoyo familiar. Mal control obstétrico. Acudió solo a 02 controles prenatales en su país y no se realizó ninguno control en el Perú. Madre niega alergia, niega tabaquismo. Serología para HIV, sífilis y hepatitis B negativa. Examen de orina y urocultivo no patológicos. Grupo sanguíneo y Rh: O+ y una hemoglobina de 11 mg/dl.

Progresó a parto vaginal en cefálico. Se recibió a un recién nacido a término de 39 semanas, de sexo masculino, con un peso de 3738 gramos, talla 51 cm, perímetro cefálico de 36 cm, perímetro torácico de 36 cm, Apgar 8¹-9⁵ y líquido amniótico claro.

Se realizó el plan de atención inmediata, corte tardío de cordón umbilical, contacto piel con piel y lactancia materna en la primera hora de vida. Hematocrito de 47.3% y grupo y factor Rh O+. El examen físico en recepción fue normal.

Examen físico a las 2 horas

Funciones vitales estables: presión arterial 95/65 mmHg, frecuencia cardíaca 141 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 52 respiraciones por minuto, temperatura de 37.1 C

- **Piel y faneras:** Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2 segundos, no cianosis, no ictericia
- **Cabeza y Cuello:** Normocéfalo, fontanelas normotensas, paladar integro. Cuello Cilíndrico, móvil y clavículas indemnes
- **Tórax y pulmones:** Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- **Sistema Cardiovascular:** Se auscultan ruidos cardiacos rítmicos, no presencia de soplos

- **Abdomen:** Ruidos hidroaéreos presentes, Blando, depresible no palpación de masas.
- **Cordón Umbilical:** Limpio, clampado y seco. Presencia de 2 arterias y 1 vena
- **Ano:** permeable
- **Sistema Genitourinario:** Genitales externos masculinos.
- **Locomotor:** Rangos articulares de flexión y extensión conservado en 4 extremidades. Ortolani y Barthon negativos
- **Sistema Nervioso:** Despierto, pobre succión, respuesta a estímulos externos, Reflejos palmar y plantar (+), Moro (+), Succión (+)

Diagnósticos planteados

1. Producto único, nacido en hospital
2. Recién nacido a término, masculino de 39 semanas, adecuado para la edad gestacional, nacido por parto vaginal
3. Dificultad para la alimentación del recién nacido

Plan terapéutico

1. Lactancia materna exclusiva
2. Control de funciones vitales
3. Limpieza del cordón umbilical con alcohol al 70%
4. Observación de signos de alarma: vigilancia de succión
5. Pasa a alojamiento conjunto

Evolución

Durante estancia hospitalaria, a las 48 horas de vida, el neonato presenta al examen físico una tinción icterica desde la cabeza hasta el abdomen (Kramer 2) y sequedad de piel y mucosas; adicionalmente persiste la dificultad del acople y la succión, aunque hay buena tolerancia oral y una buena producción de calostro. El neonato ha tenido una pérdida de peso del 8.5% (3422

gramos). Por lo tanto, se solicitó exámenes control como hemograma, PCR, bilirrubinas totales y fraccionadas, electrolitos y glucosa sérica.

Los resultados evidenciaron una hiperbilirrubinemia (bilirrubina total de 10,15 mg/dL, bilirrubina directa de 0,5 mg/dL y bilirrubina indirecta de 9,65 mg/dL) y el resto de la analítica con valores dentro del rango normal (biometría hemática: leucocitos 8 000 k/uL, hemoglobina 16 g/dl, hematocrito 50%; electrolitos: Na 143, K 4.46 y Cl 109.1; glucosa sérica 67 mg/dL, PCR cuantitativa 3.0 mg/L) por lo que se agrega el diagnóstico de ictericia neonatal por lactancia materna. Y en base a la Guía NICE 2010 (Neonatal Jaundice Guidelines), el valor de la bilirrubina a las 48 horas no alcanzaba los rangos recomendados para iniciar fototerapia. Por lo tanto, se realizó una sesión de consejería sobre la correcta forma de amamantar y vigilancia durante la lactancia. Posteriormente paciente cursa con mejoría clínica y buen agarre al momento de lactar. Por lo que en vista de no observarse signos de alarma del recién nacido y ante la madre con criterios de alta se le da el alta conjunta con cita para el segundo, quinto y séptimo día posterior por el consultorio de pediatría.

1.2 Caso clínico N° 2

Recién nacido producto de tercera gestación (G2 P1011), con madre de 32 años, aparentemente sana con antecedente de rotura prematura de membranas en el embarazo anterior y actual gestación con rotura prematura de membranas de más de 24 horas. Mal control obstétrico. Acudió solo a 03 controles prenatales en su C.S. El Éxito. Madre niega alergia, niega tabaquismo. Serología para HIV, sífilis y hepatitis B negativa. Examen de orina y urocultivo no patológicos. Grupo sanguíneo y Rh: A+ y una hemoglobina de 10.5 mg/dl.

Progresó a parto vaginal en cefálico. Se recibió a un recién nacido a término de 37 semanas, de sexo femenino, con un peso de 3240 gramos, talla 52 cm, perímetro cefálico de 37 cm, perímetro torácico de 35 cm, Apgar 6¹-9⁵ y líquido amniótico verde fluido. Se realizó el plan de atención inmediata. No se realizó corte tardío de cordón umbilical, contacto piel con piel ni lactancia en la

primera hora de vida. Hematocrito de 48% y grupo y factor Rh A+. El examen físico en recepción fue normal.

Examen físico a las 2 horas

Funciones vitales estables: presión arterial 100/65 mmHg, frecuencia cardiaca 136 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 57 respiraciones por minuto, temperatura de 37.2 C

- **Piel y faneras:** Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2 segundos, no cianosis no ictericia.
- **Cabeza y Cuello:** Normocéfalo, fontanelas normotensas, paladar integro. Cuello Cilíndrico, móvil y clavículas indemnes.
- **Tórax y pulmones:** Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- **Sistema cardiovascular:** Se auscultan ruidos cardiacos rítmicos, no presencia de soplos
- **Abdomen:** Ruidos hidroaéreos presentes, Blando, depresible no palpación de masas.
- **Cordón Umbilical:** Limpio, clampado y seco. Presencia de 2 arterias y 1 vena
- **Ano:** permeable
- **Sistema Genitourinario:** Genitales externos femeninos, labios mayores cubren labios menores.
- **Locomotor:** Rangos articulares de flexión y extensión conservado en 4 extremidades. Ortolani y Barthon negativos.
- **Sistema nervioso:** Irritable, pobre succión, Reflejos palmar y plantar (+), Moro (+).

Diagnósticos planteados

1. Producto único, nacido en hospital

2. Recién nacido a término, femenino de 37 semanas, adecuado para la edad gestacional, nacido por parto vaginal
3. Dificultad para la alimentación del recién nacido
4. D/C sepsis neonatal temprana secundario a ruptura de membranas materno prolongado

Plan terapéutico

1. Formula maternizada 28 cc cada 3 horas.
2. Control de funciones vitales
3. Observación de signos de alarma
4. Limpieza del cordón umbilical con alcohol al 70%
5. Pasa a alojamiento conjunto
6. Se solicita hemograma y Proteína C reactiva (PCR)

Evolución

A las 2 horas la recién nacida pasa con su madre a alojamiento conjunto por 5 días posterior al nacimiento. A las 24 horas de vida, neonato persiste irritable, presenta pico febril (38 C), taquicardia (182 lpm) y una pobre succión. Se solicitan estudios de laboratorio reportando biometría hemática con leucocitos 20,000/uL, hemoglobina 18 g/dL, hematocrito 54% y PCR 9 mg/dl. Por lo que se inicia tratamiento antibiótico con ampicilina 500 mg más gentamicina 160 mg/ 2ml vía endovenosa cada 24 horas por 5 días. Al 4to día de tratamiento efectivo con cobertura antibiótica se realiza exámenes control donde se evidencia leucocitosis y marcadores inflamatorios en descenso (leucocitos 10,000/uL, hemoglobina 17.89 g/dL, hematocrito 53% y PCR 1.5 mg/dl), con una mejora clínica: una adecuada succión, signos vitales estables y afebril. Con dichos resultados se plantea el alta con indicaciones medicas con cita para el segundo, quinto y séptimo día posterior por el consultorio de pediatría.

2. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

La rotación de medicina interna se divide en tres diferentes áreas: emergencia, hospitalización e intermedios. En emergencia, es responsabilidad del interno llamar y recibir al paciente según el orden propuesto por triaje para luego llevar a cabo una anamnesis y un examen físico detallado bajo la supervisión del médico residente. Posteriormente, se presenta el caso al médico asistente para establecer un plan diagnóstico y manejo inicial. Luego se procede a reevaluar al paciente y se determina el alta u hospitalización. En caso requiera internamiento, se procede a realizar una historia clínica de ingreso, donde posteriormente es ampliado por el interno en una segunda historia clínica, la cual incluye un interrogatorio más exhaustivo y un examen físico completo.

En el pabellón de hospitalizados, se lleva a cabo una evaluación diaria de los pacientes durante el pase de visita, donde se presentan distintos casos clínicos. En la ronda médica, cada interno muestra su análisis y conocimiento de la enfermedad para proponer opciones terapéuticas a los médicos residentes y asistentes, decidiendo un manejo conjunto.

A continuación, el interno asume el deber de cumplir el plan terapéutico, solicitando interconsultas a diferentes especialidades, exámenes de laboratorio e imágenes, y materiales necesarios, así como preparar al paciente para cualquier procedimiento requerido. Además, se encarga de limpiar heridas y gestionar procesos administrativos para efectivizar referencias o tele consultas.

En esta rotación, el interno de medicina establece un contacto más estrecho con los pacientes y sus familiares, dado que la duración de la hospitalización en este servicio tiende a ser más prolongada en comparación con otros servicios médicos.

2.1 Caso clínico N° 1

Paciente varón de 26 años de iniciales D.L.C.S.R.J., natural de Ayacucho, procedente de Ate, cuya ocupación es maestro de cerámica y porcelanato. Niega antecedentes médicos patológicos y quirúrgicos. Paciente ingresa a hospitalización del servicio de Medicina Interna luego de haber sido admitido por emergencia. Presenta un tiempo de enfermedad de 3 días, de inicio insidioso y curso progresivo. Refiere 3 días antes de su ingreso a emergencia aparición de cefalea leve que cede al paracetamol. Se agrega al día siguiente dolor y aumento de volumen de forma progresiva a nivel de MMII izquierdo. Un día antes de su ingreso, se exacerba sintomatología asociado a sensación de alza térmica no cuantificada y malestar general por lo que acude a emergencia del Hospital de Emergencias de Vitarte.

Examen físico

Funciones vitales estables: presión arterial 90/65 mmHg, frecuencia cardiaca 69 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto, Saturación de oxígeno 98% a FiO2 21%, Temperatura de 38 grados

- **General:** Aparentemente regular estado general, aparentemente regular estado de hidratación y aparentemente regular estado de nutrición.
- **Piel y faneras:** Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos, mucosas húmedas, no palidez, no cianosis
- **Tórax y pulmones:** murmullo vesicular pasa bien en ambos campos, no ruidos agregados
- **Aparato cardiovascular:** ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos
- **Abdomen:** simétrico, no globuloso, no distendido. Ruidos hidroaéreos presentes (5 por minuto). Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda. Timpanismo conservado.
- **Extremidades y aparato locomotor:** lesión eritematosa con aumento de volumen, con signos de flogosis en MMII izquierdo hasta por encima

de tobillo, con tumefacción de 10 x 15 cm en cara lateral posterior de muslo izquierdo. Doloroso a la movilización de MMII izquierdo con limitación de la movilidad.

- **Sistema nervioso central:** Despierto, reactivo a estímulos, lenguaje coherente, pupilas isocóricas foto reactivas. Escala de Glasgow 15 puntos.

Exámenes de apoyo diagnóstico

- **Exámenes de laboratorio:** Biometría hemática: leucocitos 18,170/uL, segmentados 81.4%, hemoglobina 14 g/dL, hematocrito 38.9%, plaquetas 253,000 x mm³; urea 31.54 mg/dL, creatinina 1.07 mg/dL, PCR 157. Perfil hepático: BT 0.42 mg/dL, BD 0.21 mg/dL, BI 0.20 mg/dL, FA 210 U/l, GGT 42.9 U/L, TGO 24.7 U/L, TGP 57.4 U/L, Albumina 3.5 mg/dl. Serológicos negativo. Perfil de coagulación: Tiempo de protrombina 17, INR 1.30, Tiempo de tromboplastina parcial 33.5, Fibrinógeno 541.
- **Examen de orina:** parámetros dentro de los límites de la normalidad.
- **Radiografía de rodilla izquierda:** sin alteraciones.
- **Ecografía de partes blandas:** colección de 15 cc en el 1/3 inferior lateral muslo izquierdo, con trayectos fistulosos hacia la piel sin alteraciones de planos musculares.

Diagnósticos planteados

1. Celulitis en extremidad inferior izquierda
2. Dc picadura de insecto ponzoñoso: descartar loxoscelismo
3. Dc reacción alérgica

Evolución

Debido a la extensión de la lesión, se decide realizar el tratamiento de forma intrahospitalaria y se le indica antibioticoterapia endovenosa con oxacilina y clindamicina. Durante su estancia hospitalaria paciente cursa febril con

aumento de volumen de rodilla, muslo y pierna izquierda. En su 3er día de hospitalización se suspende clindamicina y continua solo oxacilina. En su 5to día de hospitalización paciente presenta pico febril y la lesión tumefacta empieza a drenar por lo que se manda muestra para cultivo de secreción de herida. Se realiza curación de herida cada 24 horas. 3 días después el resultado cultivo de secreción de herida aísla *Staphylococcus aureus* resistente a la metilina y la clindamicina, por lo que se rota antibiótico a vancomicina y ceftriaxona. En los siguientes días se solicita exámenes control con leucocitos y marcadores inflamatorios en descenso con una mejora en el área lesionada, caracterizada por disminución del volumen y extensión de la lesión.

Luego de recuperar la correcta función de la extremidad, se continúa con el tratamiento antibiótico por vía oral, y se le da de alta con indicaciones.

2.2 Caso clínico N° 2

Paciente femenino de 17 años de iniciales C.C.J.M., natural y procedente de Loreto – Amazonas, cuya ocupación es camarera. Refiere antecedente de infección urinaria recurrente en el último año con tres ingresos a emergencia donde le administraron sintomáticos y le daban de alta.

Paciente reingresa al tópico de emergencia de Medicina Interna del Hospital de Emergencias de Vitarte con un tiempo de enfermedad de 10 días, de inicio insidioso y curso progresivo, donde presenta cefalea, vómitos a repetición de restos alimenticios, hiporexia, dolor abdominal de severa intensidad en cuadrante inferior derecho que se irradia a zona lumbar, polaquiuria, escalofríos y fiebre de 39 C.

Examen físico

Funciones vitales estables: presión arterial 120/80 mmHg, frecuencia cardiaca 85 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto, Saturación de oxígeno 97% a FiO2 21%, Temperatura de 39 C.

- **General:** Aparentemente regular estado general, aparentemente regular estado de hidratación y aparentemente regular estado de nutrición.
- **Piel y mucosas:** tibia, hidratada y elástica, llenado capilar menor de 2 segundos. No cianosis, no ictericia ni palidez
- **Tórax y pulmones:** Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax. No ruidos agregados.
- **Aparato Cardiovascular:** Ruidos cardíacos rítmicos, regulares y de buena intensidad. No soplos audibles.
- **Abdomen:** Asimétrico a predominio derecho, no globuloso, no distendido. Ruidos hidroaéreos presentes. Blando, depresible, doloroso a la palpación superficial en hipocondrio derecho y flanco derecho. A la percusión se evidencia mate en hemiabdomen derecho que abarca desde espacio intercostal 11 hasta 6 traveses de dedo por debajo del reborde costal derecho.
- **Genitourinario:** PPL + PRU -
- **SNC:** Despierta, quejumbrosa, irritable. Reactiva a estímulos, lenguaje coherente, pupilas isocóricas, foto reactivas. Escala de Glasgow 15 puntos.

Diagnósticos planteados

1. Infección urinaria complicada
2. Descartar urinoma vs quiste renal

Exámenes de apoyo diagnóstico

- **Exámenes de laboratorio:** biometría hemática con leucocitos 15,500 x mm³, segmentados 85.7%, hemoglobina 11 g/dL, plaquetas 408,000; química sanguínea con urea 17.36 mg/dL, creatinina 1.11 mg/dL, y PCR reactiva 343.76.
- **Examen general de orina:** mayor de 100 leucocitos por campo y presencia de gérmenes tres cruces (+++)

- **Ecografía abdominal:** Se evidencia masa renal derecha anecogénica que mide 76 mm x 101 mm x 126 mm con hallazgo de nódulos murales de hasta 7 mm. Conclusión: quiste renal de aspecto complejo que sugiere realizar uro tomografía con contraste.
- **Uro tomografía con contraste:** Se evidencia masa renal derecha hipodensa ovoidea, de bordes definidos, mide 81 x 112 x 130 mm (volumen 651cc aproximadamente), pared de 4 mm de grosor que muestra realce tras administración de contraste, margen interno discretamente irregular presentando además septos internos (3) de localización anterior y posterior. Dicha lesión condiciona colapso parcial de grupos colectores y uréter proximal, desplaza medialmente vasos renales sin colapsarlos. Asimismo, en grupo colector se visualiza hiperdensidad de 4 mm sugerente a lito. Se identifican múltiples crecimientos ganglionares retro cavos de aspecto arrosariado, con diámetro mayor de hasta 12 mm. Conclusión: Una masa renal derecha de aspecto quístico indeterminado (Bosniak tipo III) y litiasis renal derecha.

Evolución

Durante su estancia hospitalaria se solicita urocultivo donde muestra infección por *E. coli* resistente a gentamicina, ciprofloxacino, TMP, SMX. Desde su ingreso a emergencia recibió 3 días de ceftriaxona, pero al no haber mejoría clínica con picos febriles diarios se rota a piperacilina + tazobactam. Posteriormente, se agrega vancomicina por sugerencia de infectología.

Con los resultados del uro tomografía con contraste se solicita evaluación por especialista de urología donde sugiere referencia al INEN a la brevedad para acción quirúrgica.

3. ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

La especialidad de ginecobstetricia se considera dual, ya que abarca tanto aspectos clínicos y quirúrgicos, dentro de sus funciones. La rotación en el

servicio de ginecología se divide en emergencia y hospitalización; mientras que obstetricia, en centro obstétrico, puerperio y hospitalización. Aquí el interno se encarga de elaborar las historias clínicas que varía según sea el caso de una paciente ginecológica u obstétrica.

Las gestantes hospitalizadas, al poseer algún factor de riesgo o condición que requiere vigilancia, son ubicadas en las dos salas de alto riesgo obstétrico. En este caso es de suma importancia el monitoreo fetal, llevar a cabo las maniobras de Leopold, realizar el tacto vaginal para evaluar los cambios cervicales, el control de la presión arterial en casos de preeclampsia y la verificación de los niveles de glucosa en diabetes gestacional, entre otros parámetros relevantes según el diagnóstico específico de cada paciente.

Por otra parte, con respecto a las puérperas, se debe elaborar una evaluación minuciosa de todos los sistemas en el examen físico, con especial atención en el abdomen para verificar el estado de la herida operatoria en caso de cesárea y la consistencia del útero (contraído o blando); genitales externos para determinar la cantidad y características de los loquios (hemáticos, escasos, fétidos o no), y la condición de las mamas.

Con relación a las pacientes ginecológicas, la mayoría son hospitalizadas para cirugías programadas provenientes de consulta externa. Una vez ingresadas son ubicadas en el pabellón de ginecología conformado por 2 salas, cada una equipada con cuatro camas.

Finalmente, en la parte quirúrgica, el interno acompaña al residente y médico asistente a sala operaciones en donde forma parte de diversas cirugías como histerectomías, miomectomía, extirpación de quistes ováricos, y extracción de pólipos uterinos, relacionadas con la ginecología. Por otro lado, en lo que respecta a obstetricia, asiste en procedimientos como cesáreas, legrados uterinos, aspiración manual endouterina (AMEU), entre otros. Además, en el centro obstétrico, participa en la atención de partos bajo la supervisión de médicos y obstetras.

3.1 Caso clínico N° 1

Acude a la emergencia del servicio de Ginecología y Obstetricia, gestante con iniciales de R.H.O, en compañía de familiar, de 15 años donde refiere contracciones uterinas de intensidad 7/10 desde hace 5 horas, niega pérdida de líquido o sangrado por canal vaginal. Paciente mala informante, pero al elaborar la historia clínica se amplían los datos donde niega antecedentes patológicos personales y familiares, fórmula obstétrica de G3P2011 (2 gestaciones a término, 1 aborto, 1 hijo vivo), niega conocimiento de fecha de última regla y menarquia. Inicio de relaciones sexuales a los 11 años. Número de parejas sexuales: 3. Niega alergia, niega tabaquismo. Refiere acudió a 02 controles prenatales.

Examen físico

Funciones vitales: presión arterial 112/65 mmHg, frecuencia cardíaca 92 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 19 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno 97% a FiO2 21%.

- **Estado general:** Aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional y aparente regular estado de hidratación, quejumbrosa.
- **Piel y faneras:** Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2 segundos, no cianosis no ictericia.
- **Tórax y pulmones:** Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- **Aparato cardiovascular:** Se auscultan ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad. No presencia de soplos
- **Abdomen:** Ocupado por útero grávido. Altura uterina 30 cm. Latidos cardíacos fetales 138 por minuto. Situación, posición y presentación en longitudinal cefálico derecho.
- **Tacto vaginal:** Cuello central, Incorporado 50%, dilatación permeable un dedo, altura de presentación -3 cm. Membranas integra. Pelvis ginecoide.
- **SN:** LOTEPE, no signos meníngeos ni de focalización.

Diagnósticos planteados

1. Cuartigesta de 39 semanas y 2 días por ecografía del primer trimestre, en trabajo de parto fase latente.
2. Alto riesgo obstétrico: Gestante adolescente
3. Alto riesgo obstétrico Gestante mal controlada

Plan de atención inmediata

- NPO
- CIna 0,9% 1000 cc
- Control de funciones vitales
- Observación de signos de alarma
- Monitoreo materno fetal
- Pasa a Centro obstétrico para chance vaginal
- Ss Ecografía abdominal obstétrica, NST y exámenes prequirúrgicos

Exámenes de apoyo diagnóstico

- **Exámenes prequirúrgicos:** Hemoglobina 12 mg/dl, glucosa 89 mg/dl. Serológicos negativo. Grupo sanguíneo O+
- **Examen de orina:** No patológico
- **Ecografía abdominal obstétrica:** Feto Único, Posición longitudinal cefálico derecho. Biometría fetal DBP: 90.4 mm, CC: 329.1 mm, CA: 354.1 mm, LF: 75.1 mm. Actividad cardíaca presentes y rítmicos. Frecuencia cardíaca fetal de 151 lpm. Anatomía fetal Cabeza, columna, corazón, miembros normales. Movimientos fetales presentes. Tono fetal Conservado. Ponderado fetal 3197 g. Placenta corporal anterior lateral derecha, Grado II/III, Grosor 45 mm. Líquido amniótico adecuado.
- **Test no estresante:** Línea de base: 151 (2 pts), Variabilidad: 20 (2 pts), Aceleraciones: 4 (1 pt), Desaceleraciones: ausentes (2 pts), Movimientos fetales: 5 (2 pts)

Se realiza ecografía obstétrica que informa el desarrollo correcto para edad gestacional y ausencia de malformaciones, placenta de implantación normal en cara anterior lateral derecha y líquido amniótico en cantidad adecuada para la edad gestacional. Presenta un NST con un puntaje de 9/10, reactivo y activo, y una analítica dentro del rango normal, serológicos negativo y el examen de orina no patológico.

Progresó de forma espontánea a parto vaginal en cefálico. Se recibió a un recién nacido a término de 37 semanas, de sexo femenino, con un peso de 3320 gramos, talla 50 cm, perímetro cefálico de 36 cm, perímetro torácico de 34 cm, Apgar 8¹-9⁵ y líquido amniótico claro. El examen físico en recepción fue normal.

3.2 Caso clínico N° 2

Acude a la emergencia del servicio de Ginecología y Obstetricia, paciente femenino con iniciales de S.C.A., de 25 años donde refiere contracciones uterinas de intensidad 6/10 desde hace 3 horas, niega perdida de líquido o sangrado por canal vaginal. Al elaborar la historia clínica se amplían los datos donde refiere hace un año aproximadamente presentó una "herida" única, pequeña e indolora en la vagina que apareció a las 2 semanas después de un encuentro sexual y resolvió espontáneamente al mes. Antecedentes gineco obstétricos: formula obstétrica de G2P2002 (2 gestaciones a término y 2 hijos vivos), menarquia a los 11 años, inicio de relaciones sexuales a los 10 años, número de parejas sexuales 12. Sin controles prenatales. Niega cirugías, niega antecedentes patológicos personales y familiares. Niega alergia, niega tabaquismo.

Examen físico

Funciones vitales: presión arterial 124/71 mmHg, frecuencia cardiaca 88 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno 98% a FiO2 21%.

- **Estado general:** aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional y aparente regular estado de hidratación, quejumbrosa
- **Piel y faneras:** Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2 segundos, no cianosis, no ictericia.
- **Tórax y pulmones:** Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- **Cardiovascular:** Se auscultan ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad. No presencia de soplos
- **Abdomen:** ocupado por útero grávido. Altura uterina 33 cm. Latidos cardíacos fetales 138 por minuto. Situación, posición y presentación en longitudinal cefálico izquierdo.
- **Tacto vaginal:** cuello central, Incorporado 0%, dilatación 0, altura de presentación -4 cm. Membranas integra. Pelvis ginecoide.
- **SN:** LOTEPE, no signos meníngeos ni de focalización.

Diagnósticos planteados

1. Tercigesta de 38 semanas 6 días por ecografía del primer trimestre
2. Alto riesgo obstétrico Gestante mal controlada
3. Ulcera genital d/c sífilis gestacional

Plan de atención inmediata

- NPO
- ClNa 0,9% 1000 cc
- Control de funciones vitales
- Observación de signos de alarma
- Monitoreo materno fetal
- Pasa a Centro obstétrico para chance vaginal
- Ss Ecografía abdominal obstétrica, NST y exámenes prequirúrgicos

Exámenes de apoyo diagnóstico

- **Exámenes prequirúrgicos:** Hemoglobina 12.3 mg/dl, glucosa 91 mg/dl. Serológicos RPR positivo 8 dils. Grupo sanguíneo O+
- **Examen de orina:** No patológico
- **Ecografía abdominal obstétrica:** Feto Único, Posición longitudinal cefálico izquierdo. Biometría fetal: DBP 88 mm, CC 328 mm, CA 354.4 mm, LF 74 mm. Actividad cardiaca presentes y rítmicos. Frecuencia cardiaca fetal de 138 lpm. Anatomía fetal Cabeza, columna, corazón, miembros normales. Movimientos fetales presentes. Tono fetal Conservado. Ponderado fetal 3049 g. Placenta corporal anterior lateral izquierda, Grado II/III, Grosor 46 mm. Líquido amniótico adecuado.
- **Test no estresante:** Línea de base: 148 (2 pts), Variabilidad: 18 (2 pts), Aceleraciones: 3 (1 pt), Desaceleraciones: ausentes (2 pts), Movimientos fetales: 1 (1 pts)

Se realiza ecografía obstétrica que informa de desarrollo correcto para edad gestacional y ausencia de malformaciones, placenta de implantación normal en cara anterior lateral izquierda y líquido amniótico en cantidad adecuada para la edad gestacional. Presenta un NST con un puntaje de 8/10, reactivo y activo, y una analítica dentro del rango normal, y el examen de orina no patológico. Se solicita serología con siguientes resultados: HIV Pba rápida negativo, Hepatitis b (antígeno australiano) HBsAg negativo y examen de reagina plasmática rápida (RPR) positivo 8 dils. Ante resultado positivo de la prueba no treponémica RPR positivo se inicia tratamiento antibiótico con Penicilina G Benzatínica 2.4 millones UI vía IM. Progresó de forma espontánea a parto vaginal en cefálico.

4. ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

La rotación en el servicio de cirugía general está dividida en emergencia y hospitalización. En hospitalización el interno de medicina posee la

responsabilidad de tener listas las historias clínicas con su respectiva evolución a las 7 de la mañana y pasar una pre-visita con el residente a cargo, para posteriormente pasar la visita médica con el médico de guardia. Luego efectuar las altas, interconsultas y curaciones de heridas operatorias de los pacientes.

Por otro lado, en el servicio de emergencia se realiza procedimientos como suturar heridas cortantes, drenar abscesos, retirar cuerpos extraños; identificar pacientes quirúrgicos con patologías como apendicitis, colecistitis y obstrucción intestinal, politraumatizados, heridas por arma blanca o de fuego, entre otros, que son programados de forma inmediata.

Adicionalmente a ello, se rota en otras especialidades quirúrgicas como cirugía plástica, neurocirugía, traumatología y cirugía pediátrica.

4.1 Caso clínico N° 1

Paciente varón de 29 años de iniciales A.M.C.R, acude a la emergencia durante la guardia diurna con un tiempo de enfermedad de 8 días, sin antecedentes de importancia. Refiere dolor abdominal de intensidad moderada en región epigastrio que cedió parcialmente a la toma de hioscina. Al día siguiente se asocia a náuseas y vómitos en 6 oportunidades de contenido alimenticio y sensación febril no cuantificada, motivo por el cual acude a clínica particular, donde se diagnostica y recibe tratamiento médico para un plastrón apendicular. En su 8vo día de estancia en la clínica paciente refiere reaparición de dolor intenso en abdomen con migración a fosa iliaca derecha, por lo que solicita alta voluntaria e ingresa por el tópic de emergencia de cirugía general del Hospital de Emergencia de Vitarte.

Examen físico

Funciones vitales estables: presión arterial 112/65 mmHg, frecuencia cardiaca 97 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 21 respiraciones por minuto, Temperatura de 36.8 C y saturación de oxígeno 97% a FiO2 21%.

- **Estado general:** aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional y aparente regular estado de hidratación.
- **Piel y faneras:** Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos, mucosas húmedas.
- **Tórax y pulmones:** murmullo vesicular pasa bien en ambos campos, no ruidos agregados
- **Aparato cardiovascular:** ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos
- **Abdomen:** simétrico, no globuloso, no distendido. Ruidos hidroaéreos presentes (4 por minuto). Blando, depresible, doloroso a la palpación en cuadrante inferior derecho donde se palpa masa de 7 x 6 cm con bordes regulares, móvil, doloroso a la palpación. Mc Burney positivo. Blumberg positivo.
- **Genitourinario:** PPL negativo PRU negativo
- **Sistema nervioso central:** Despierto, reactivo a estímulos, lenguaje coherente, pupilas isocóricas foto reactivas. Escala de Glasgow 15 puntos.

Exámenes de apoyo diagnóstico

- **Exámenes de laboratorio:** biometría hemática con leucocitos 13,460 x mm³, segmentados 88.3%, hemoglobina 15 g/dL, hematocrito 43.7%, plaquetas 385,000 x mm³; urea 31.4 mg/dL, creatinina 1.02 mg/dL, PCR 224.32. Glucosa 88,7 mg/dl. Serológicos negativo. Perfil de coagulación: 16,6 segundos, INR 1,26.
- **Examen general de orina:** parámetros dentro de los límites de la normalidad.

Diagnóstico planteado

1. Plastrón apendicular abscedado

Reporte operatorio

Paciente es programado para una laparotomía exploratoria que duro 58 minutos con hallazgos de un plastrón apendicular abscedado conformado por

asas delgadas y epiplón, adheridos firmemente. Un apéndice cecal subseroso retro-cecal ascendente perforado en tercio proximal en base y ciego congestivos. Secreción purulenta de 200 cc en región parietocólica derecha y fosa pélvica. Coprolito libre. Asas delgadas en fosa pélvica adheridas firmemente.

Evolución

Paciente tolera acto quirúrgico, pasa a recuperación con funciones vitales estables, extubado y posteriormente a piso de hospitalización portando un dren mixto (laminar y tubular) y con una herida quirúrgica mediana supra e infraumbilical. En piso recibe tratamiento antibiótico doble con ceftriaxona y metronidazol.

En los días posteriores se evidencia un drenaje serohemático con un gasto en descenso (135 cc, 25 cc, 69 cc y 45 cc) y una herida limpia, bien afrontada, sin signo de flogosis.

Paciente presenta una evolución favorable, deambula, tolera vía oral, elimina flatos, realiza deposiciones y luego de 4 días de estancia hospitalaria es dado de alta. Se retira dren mixto y es programado para control por consultorio de cirugía general en los próximos 7 días.

4.2 Caso clínico N° 2

Paciente mujer de 49 años de iniciales E.P.G. acude por consulta externa de cirugía general con un tiempo de enfermedad de 3 meses con múltiples episodios de dolor abdominal epigástrico tipo cólico, de moderada intensidad, que no cedían parcialmente a analgésicos, e irradiaba a la espalda. Paciente refiere antecedente de ultimo cólico biliar fue hace 2 meses antes de acudir por consulta externa en el que dolor abdominal con las mismas características se exacerba, aumentando de intensidad, asociado a distensión abdominal y vómitos en 2 oportunidades posterior a la ingesta de comida copiosa por lo que acude al tópico de emergencia de cirugía general. Se realizó una ecografía abdominal donde evidenció múltiples litos en la vesícula biliar. La

paciente es dada de alta con analgésicos y con la recomendación de acudir por consulta externa para programación de cirugía.

Paciente con antecedente de hipotiroidismo desde el 2019 en tratamiento con levotiroxina y antecedente quirúrgico por pólipos uterinos en el 2019.

Examen físico

Funciones vitales estables: presión arterial 90/54 mmHg, frecuencia cardiaca 62 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 17 respiraciones por minuto, Temperatura de 36.6 C y saturación de oxígeno 98% a FiO2 21%.

- **Estado general:** aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional y aparente regular estado de hidratación.
- **Piel y faneras:** Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos, mucosas húmedas.
- **Tórax y pulmones:** murmullo vesicular pasa bien en ambos campos, no ruidos agregados
- **Aparato cardiovascular:** ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos
- **Abdomen:** simétrico, no globuloso, no distendido. Ruidos hidroaéreos presentes (6 por minuto). Blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho. Timpanismo conservado.
- **Genitourinario:** PPL negativo PRU negativo
- **Sistema nervioso central:** Despierta, reactiva a estímulos, lenguaje coherente, pupilas isocóricas foto reactivas. Escala de Glasgow 15 puntos.

Exámenes de apoyo diagnóstico

- **Exámenes de laboratorio:** Biometría hemática con leucocitos 6.100 x mm³, neutrófilos segmentados 68.6%, hemoglobina 11.5 g/dL, hematocrito 34.6%, plaquetas 320,000 x mm³; urea 32.1 mg/dL, creatinina 1.03 mg/dL. Amilasa 67 y Lipasa 29. Serológicos negativo. Perfil hepático: BT 0.69 mg/dL, BD 0.30 mg/dL, BI 0.39 mg/dL, FA

235.3 U/I, GGT 14.17 U/L, TGO 21.08 U/L, TGP 17.66 U/L, Albumina 4.2 mg/dl, proteínas totales 7.4 mg/dl. Serológicos negativo.

- **Examen general de orina:** parámetros dentro de los límites de la normalidad.
- **Ecografía 2 meses antes:**
 - Hígado: mide 129 mm, de bordes regulares. Con leve incremento de la ecogenicidad del parénquima en forma difusa. Vías biliares no dilatadas, de calibre y trayecto conservado.
 - Vena porta: mide 9 mm
 - Colédoco: mide 5 mm
 - Vesícula biliar: distendida. Mide 112 x 44 mm, pared delgada, en su interior se aprecian algunas imágenes litiásicas menores de 15 mm.
 - Bazo: tamaño conservado. Parénquima con eco textura homogénea y ecogenicidad conservada.

Diagnósticos planteados

Colecistitis crónica calculosa

Reporte operatorio

Paciente es programado para una colecistectomía laparoscópica que duro 35 minutos con hallazgos de una vesícula biliar de 14 x 4 cm, paredes engrosadas, hiperémicas plastronadas por epiplón y colon transverso, conteniendo dos litos en su interior de 3x2 cm y 2x2 cm, este último enclavado en bacinete. Conducto cístico de 4 mm, arteria cística de 2 mm. Adherencias de epiplón a cara anterior de vesícula biliar.

Evolución

Paciente tolera acto quirúrgico, pasa a recuperación con funciones vitales estables, extubado y posteriormente a piso de hospitalización con heridas quirúrgicas por trocares afrontadas, sin signos de flogosis. En piso recibe tratamiento antibiótico con ceftriaxona.

Paciente presenta una evolución favorable, deambula, tolera vía oral, elimina flatos, realiza deposiciones y luego de 2 días de estancia hospitalaria es dada

de alta y es programada para control por consultorio de cirugía general en los próximos 10 días.

CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital de Lima Este – Vitarte (HLEV), antiguamente llamado como el Hospital de Emergencia de Ate Vitarte (HEAV), es un establecimiento médico de segundo nivel, categorizado como II-2, bajo la jurisdicción de la Dirección de Salud (DIRIS) Lima – Este, situado en el kilómetro 7 de la carretera central, av. Nicolás Ayllon 5880 en Ate Vitarte. Dicho hospital se fundó en el año 1957 como un puesto de salud con la ejecutora 050, y en el año 1991 a causa de la epidemia de cólera, cambio de denominación de centro de salud a Hospital Vitarte. Luego en marzo 2020 se estableció mediante el Decreto de Urgencia N° 032-2020, medidas extraordinarias para asegurar la respuesta ante la emergencia provocada por el COVID-19, siendo su principal función brindar atención especializada en Unidades de Cuidados Intensivos para pacientes afectados por dicha enfermedad.

Por lo que a raíz de la pandemia de COVID-19, se establece la nueva unidad Ejecutora "Hospital Emergencia Ate Vitarte" (ejecutora 148), lo que resulta en una situación caótica con problemas administrativos, ya que coexistían ambas ejecutoras (050 y 148). Esto ocasionó numerosos problemas para el personal hospitalario, ya que, para solicitar ciertos exámenes auxiliares, tratamientos e interconsultas, era necesario hacer referencia entre las distintas unidades ejecutoras, lo que consumía tiempo valioso destinado a la atención de los pacientes. Sin embargo, después de un arduo trabajo y una constante perseverancia a lo largo de varios años, se consiguió formalizar en el 2024 el registro del Hospital de Lima Este - Vitarte como Unidad Ejecutora 150.

CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

1. ROTACIÓN DE NEONATOLOGÍA Y PEDIATRÍA

1.1 Caso clínico N° 1

El caso clínico expuesto representa una manifestación clínica frecuente en el recién nacido, que es una de las razones de consulta más comunes en el neonato, la ictericia neonatal. (1)

La ictericia neonatal es un fenómeno frecuente en los recién nacidos que se manifiesta como una coloración amarillenta de la piel, mucosas y escleras. Esto ocurre a causa del exceso de bilirrubina en la sangre, la cual se acumula en los tejidos cuando sus niveles en sangre superan cierto límite. La bilirrubina es un pigmento amarillo producido por la descomposición normal de los glóbulos rojos donde es procesado por el hígado para luego ser eliminado por diferentes vías. En el recién nacido puede mostrar problemas para procesar la bilirrubina, ya que el hígado todavía no ha alcanzado su completo desarrollo. (2,3).

En la mayoría de los casos, la ictericia neonatal es leve y autolimitada, aunque en casos severos de no ser tratada puede llevar a complicaciones, como la encefalopatía por bilirrubina, que puede resultar en daño irreversible en el sistema nervioso si las cantidades son excesivas. (4) Existen una serie de factores que incrementan el riesgo de ictericia y es crucial evaluar y excluir cada uno de ellos debido al peligro que suponen para la vida y el desarrollo del neonato. Entre estos factores se incluyen, la lactancia materna, la prematuridad, una edad gestacional menor de 37 semanas, recién nacido de género masculino, reabsorción de un cefalohematoma, una mayor masa eritrocitaria en caso de policitemia, un aumento de la circulación enterohepática, incompatibilidad de grupo ABO o Rh, infecciones urinarias no tratadas e infecciones intrauterinas como TORCH (toxoplasmosis, rubeola, citomegalovirus y herpes virus), y sepsis. (1,4)

En función del origen de la ictericia, la aparición puede ser en las primeras horas de vida o en cualquier momento del periodo neonatal, por lo que

diferenciarlas es de gran utilidad para identificar la ictericia patológica de la no patológica. Entre las causas no patológicas se encuentran la ictericia fisiológica, la ictericia por lactancia materna y la ictericia por leche materna. La ictericia fisiológica aparece en los primeros días de vida y sucede por falta de maduración hepática con una inadecuada metabolización de la bilirrubina. Cuya causa radica en una mayor producción de bilirrubina en comparación con un adulto, tiempo de vida media más corto del eritrocito fetal, una concentración baja de flora bacteriana en el intestino, niveles elevados de la enzima intestinal β -glucuronidasa, actividad de la enzima glucuroniltransferasa disminuida, una incapacidad relativa de eliminación, entre otros.

La ictericia por lactancia materna se manifiesta en la primera semana de vida y está relacionado con la escasa ingesta y privación de calorías, así como con la deshidratación por exceso de sodio en el cuerpo y evacuaciones tardías. Esto sucede diferente a la ictericia por leche materna ya que se manifiesta después de la primera semana, y está relacionado con que la leche materna posee sustancias que pueden causar la des conjugación de la bilirrubina y su posterior reabsorción. Mientras que la ictericia patológica puede clasificarse de diferentes formas como causas hemolíticas, no hemolíticas, por disminución de la captación, por defectos enzimáticos congénitos con alteración en la conjugación hepática de la bilirrubina y disminución de la eliminación de bilirrubina. (1,5-7)

El diagnóstico se basa en la evidencia del cambio de coloración amarillenta de la piel y mucosas, que se confirma con la medición de los niveles de bilirrubina sérica. Una aproximación clínica, poco fiable, de los niveles de bilirrubina sérica es en base a la extensión cutáneo de la coloración amarillenta, que sigue un patrón cefalocaudal. (8) La estimación de bilirrubina indirecta según que compromete es de 6 mg/dl si afecta solo la cara, 9 – 12 mg/dl, hasta el ombligo, 12 – 15 mg/dl hasta las rodillas, mayor de 15 mg/dl hasta los tobillos y mayor de 18 mg/dl en palmas y plantas. (2,7)

Complementariamente se deben solicitar otras pruebas diagnósticas como grupo sanguíneo y factor Rh de la madre y el recién nacido, el test de Coombs, hemograma, hematocrito, proteínas totales y albumina, frotis sanguíneo,

porcentaje de reticulocitos, cultivos de sangre y orina, gasometría, entre otros. (2,4)

El principal tratamiento de la ictericia neonatal es la fototerapia, y en casos severos exanguinotransfusión, siendo prioridad principal evitar la neurotoxicidad por la acumulación excesiva de bilirrubina. (2) La fototerapia consiste en exponer al bebé a una luz especial que ayuda a descomponer la bilirrubina y facilitar su eliminación del cuerpo. Durante la fototerapia, se coloca bajo una lámpara de luz azul o blanca, generalmente desnudo y con los ojos protegidos. La duración del tratamiento depende de los niveles de bilirrubina y de la respuesta del bebé a la terapia. Además, la lactancia materna es fundamental, ya que una alimentación apropiada ayuda a eliminar la bilirrubina, asimismo estimula un adecuado funcionamiento hepático del neonato. (4,7,9)

El caso clínico expone un neonato con el diagnóstico de ictericia no patológica por lactancia materna. El recién nacido presenta a los 2 días una coloración amarillenta hasta por encima del ombligo y dificultad para la succión. Se solicitaron exámenes de laboratorio donde demostraron una hiperbilirrubinemia que al evaluarlo con la Guía NICE 2010 no era indicación para realizar fototerapia. Posteriormente, se evidencia que la mamá no tenía una buena técnica de lactancia materna por lo que el recién nacido no se alimentaba correctamente, presentando deshidratación, irritabilidad e ictericia. Además, presentaba factores de riesgo como ser inmigrante, no poseer sistema de apoyo familiar e insuficientes controles prenatales. Por lo tanto, se proporcionó orientación sobre la técnica adecuada de amamantamiento y se ofreció apoyo mediante el servicio social, acompañándola en todo el proceso. La evolución fue favorable y fueron dados de alta la mamá y el neonato a los 4 días.

1.2 Caso clínico N° 2

El caso clínico presenta un tema de importancia en salud pública debido a su alta morbilidad. A nivel mundial, fallecen anualmente aproximadamente 4 a 5 millones de recién nacidos, con el 35 - 40% de estas muertes atribuidas

a infecciones. Es alarmante observar que el 98% de estas muertes ocurren en países en vías de desarrollo, como es el caso de nuestro país. En Perú, las infecciones neonatales son consideradas la segunda causa de mortalidad, después de la prematuridad. (10–12) Se ha reportado una tasa de mortalidad neonatal de 10 por cada 1000 nacidos vivos.

La sepsis neonatal se define como un síndrome clínico caracterizado por cambios hemodinámicos y manifestaciones clínicas de infección sistémica en los primeros 28 días de vida. Surge como una respuesta desregulada a la infección, la cual puede ser causada por bacterias, virus u hongos. Puede clasificarse de acuerdo al inicio de los síntomas en sepsis neonatal temprana, cuya presentación es antes de las 72 horas de vida; y sepsis neonatal tardía, después de las 72 horas. (14)

La etiología y su transmisión varían según la presentación sea temprana o tardía. Según su mecanismo de transmisión pueden diferenciarse fundamentalmente 2 tipos: la transmisión vertical y la transmisión nosocomial. La sepsis neonatal precoz es causada por los microorganismos que se transmiten por vía vertical. Estos provienen del canal vaginal de la madre, las cuales pueden infectar al feto por vía ascendente; o mediante el contacto directo con secreciones contaminadas al atravesar el canal de parto. Entre ellos, se reporta que el 62% corresponde los gram positivos, siendo el *Streptococcus agalactiae* el más frecuente; seguido de gram negativos con un 37%, siendo el más frecuente *Escherichia coli*. Por otro lado, la sepsis neonatal tardía ocurre en recién nacidos que necesitan una estancia prolongada en el hospital y son sometidos a procedimientos médicos invasivos, por lo que los agentes causales se encuentran en las instalaciones médicas y colonizan al neonato a través del equipo médico con manos contaminadas o mediante el uso del instrumental médico contenido como catéteres, estetoscopios, sondas, termómetros, electrodos, etc.; entre ellos se encuentran los gram positivos en un 70 a 79%, siendo el más frecuente el *Staphylococcus coagulosa* negativo, seguido de gram negativos, en un 19 a 25%, siendo de igual forma el más frecuente el *Escherichia coli*. (14,15)

El diagnóstico de la sepsis neonatal es complicado, debido a que la presentación clínica es inespecífica, sobre todo al inicio, cuando existe

múltiples diagnósticos diferenciales. (16) Los síntomas que aparecen tempranamente incluyen letargia, irritabilidad o pobre succión. Otros pueden desarrollar rápidamente distrés respiratorio, fiebre, hipotermia o hipotensión hasta shock. Puede haber recién nacidos con bacteriemia asintomáticas y tener una exploración física normal. Es por ello la importancia de una evaluación exhaustiva y rápida para identificar los factores de riesgo y de esta manera iniciar antibioticoterapia de forma precoz. Entre los factores de riesgo se encuentra la prematuridad, el bajo peso al nacer, controles prenatales adecuados, la ruptura prolongada de las membranas, corioamnionitis y la presencia de líquido amniótico verde. (17,18)

El laboratorio toma un papel importante al momento del diagnóstico, ya que puede pasar que algunas veces la sepsis se sospeche solo por alguna alteración en los resultados de laboratorio como hiperglicemia o hipoglicemia, acidosis o hiperbilirrubinemia. (18) Por lo tanto, ante la presunción diagnóstica de sepsis neonatal, es necesario solicitar una serie de pruebas de laboratorio cuyos resultados pueden indicar un hemograma alterado, una leucopenia menor de $5,000 / \text{mm}^3$ y plaquetopenia menor de $50,000 / \text{mm}^3$, así como una relación de neutrófilos inmaduros a maduros mayor de 0.2 y de neutrófilos inmaduros al total mayor a 0.16. También se observará una elevación de los reactantes de fase aguda, con un PCR superior a 10 mg/L y una PCT mayor de 0.5 ng / ml. Es esencial considerar que la falta de hallazgos positivos en las pruebas de laboratorio no descarta la posibilidad de sepsis. No obstante, si los resultados son positivos, sirven como apoyo al diagnóstico. Los cultivos de sangre y de líquido cefalorraquídeo son considerados como prueba de oro, no obstante, solo un 26% de los cultivos resultan positivos. (14,15)

Ante la sospecha clínica de sepsis neonatal, aún en ausencia de pruebas de confirmación, debe indicarse tratamiento empírico con antibióticos. Entre los regímenes terapéuticos se incluye ampicilina y un aminoglucósido para la cobertura de los patógenos más comunes en la sepsis neonatal precoz; y vancomicina y un aminoglucósido, para la cobertura de los patógenos en el hospital, en el caso de la sepsis neonatal tardía. (15,18)

El caso clínico expone el caso de un recién nacido femenino con factores de riesgo para sepsis neonatal como escasos controles prenatales y una ruptura

prematura de membranas prolongada. Si bien presenta signos y síntomas inespecíficos de una sepsis neonatal, sus exámenes de laboratorio son positivos (hemograma alterado y una elevación de la PCR). Al darse las manifestaciones clínicas antes de las 72 horas, corresponde a una sepsis neonatal temprana. Se inició tratamiento empírico con ampicilina y gentamicina vía endovenosa por 5 días. La paciente evolucionó de forma favorable en piso de hospitalizados, recibió tratamiento antibiótico endovenoso doble y fue dado de alta con la madre a los 5 días.

2. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

2.1 Caso clínico N° 1

El caso clínico presenta la lesión renal benigna más común, en el que constituye aproximadamente el 70% de las masas renales: el quiste renal. Esta condición tiene una incidencia del 27% en los adultos de 40 años, aumentando a 61% en personas de 80 años. (19)

Los quistes renales son sacos llenos de líquido que se forman dentro del tejido renal. Estas estructuras pueden ser unilaterales o bilaterales, únicos o múltiple, de origen hereditario o no, simples o complejos, manifestarse en diferentes etapas de la vida, desde la etapa intrauterina hasta la adultez, y pueden presentarse como un hallazgo incidental sin alguna comorbilidad asociada, o bien evolucionar hacia la insuficiencia renal. (20,21)

Los quistes renales simples se ven usualmente en riñones saludables, cuya incidencia incrementa con la edad. Estas lesiones benignas generalmente no causan síntomas y rara vez necesitan intervención médica. A diferencia de los quistes renales complejos que suelen ser sintomáticos, pueden necesitar evaluación adicional mediante imágenes, biopsia o incluso cirugía para su diagnóstico y manejo adecuado. (22)

Clínicamente los quistes renales simples suelen manifestarse con un carácter asintomático, a pesar de tener la capacidad de aumentar de tamaño con el

paso del tiempo. Por lo que usualmente muchos de estos casos al ser clínicamente irrelevantes y ser hallazgo incidental no necesitan tratamiento. Sin embargo, muy pocos pacientes como es el caso de la paciente presentada que experimentan progresión sintomática, como fiebre, dolor abdominal, dolor de espalda y hematuria. (21)

En la mayoría de casos los quistes renales tienen un curso benigno; sin embargo, es importante enfatizar el seguimiento, sobre todo en los casos de quistes renales complejos. Aunque el diagnóstico del quiste renal simple es generalmente sencillo, la dificultad radica en determinar si existe o no malignidad, preoperatoriamente. (23) Por eso, se recurre a la clasificación de Bosniak para discernir entre ellos, la cual implica la realización de imágenes por tomografía para su evaluación. (19,24) Fue presentado por primera vez en 1986 y ha sido ampliamente adoptado y utilizado por muchos médicos como una herramienta diagnóstica para determinar el manejo de las masas quísticas renales. Se fundamenta en la morfología de la lesión y sus características, clasificándolas en cinco grupos distintos. La categoría I describe un quiste simple benigno, de aspecto homogéneo y densidad similar al agua, con límites bien definidos, pared delgada y lisa, y una probabilidad de malignidad del 0%. La categoría II se refiere a un quiste benigno de menos de 3 cm de tamaño, con algunos tabiques y septos finos, mínimas calcificaciones, bien definido y sin realce. Los quistes en esta categoría no requieren evaluación adicional. La categoría IIF engloba quistes de más de 3 cm con múltiples septos finos, paredes con engrosamientos nodulares de calcificaciones, posible realce en ciertas áreas con contraste, y una probabilidad de malignidad del 5%. Estos quistes requieren estudios de seguimiento para demostrar su benignidad.

La categoría III describe masas quísticas irregulares, con pared delgada, múltiples septos irregulares y gruesos, contenido heterogéneo, y una probabilidad de malignidad entre el 40% y el 60%, por lo que pueden ser benignas como malignas, pero igualmente son quirúrgicas. La categoría IV presenta paredes muy gruesas y no uniformes, con aspecto nodular y un marcado realce en la administración de contraste, y una probabilidad de

malignidad entre el 85% y el 100%. Estas lesiones incluyen carcinomas quísticos y requieren extirpación quirúrgica. (24–26)

Las opciones de tratamiento para quistes renales incluyen intervenciones radiológicas como la aspiración por ecografía o tomografía, así como la biopsia; además de la laparoscopia exploratoria o la cirugía abierta, con la posibilidad de realizar una nefrectomía radical o parcial. (23)

El caso clínico expone una joven de 17 años con el diagnóstico de un quiste renal complicado con una infección del tracto urinario, una condición poco común. Los pacientes que presentan quistes infectados a menudo muestran refractariedad al tratamiento con antibióticos. En el caso de la paciente, persistieron los picos febriles a pesar de la rotación a piperacilina/ tazobactam y vancomicina. Esto sucede porque la infección queda contenida dentro del quiste, lo que impide que el antibiótico se distribuya eficazmente. (19) Tras la evaluación radiológica de la uro-tomografía, se identificó un quiste renal complejo Bosniak clase III, con una asociación a malignidad elevada. Por lo tanto, el protocolo a seguir es realizar una intervención quirúrgica con estudio histológico, seguido de un control de tomografía a los 6 meses de la intervención. La paciente fue referida a un centro hospitalario de mayor complejidad para su tratamiento adecuado.

2.2 Caso clínico N° 2

El caso clínico presentado describe una infección de piel y tejidos blandos, cuya incidencia está en aumento en los establecimientos de salud. Esta condición genera una carga económica y sanitaria significativa, así como el uso intensivo de recursos, especialmente cuando surgen complicaciones que requieren hospitalización o intervención quirúrgica, particularmente en adultos mayores y aquellos con factores de riesgo, la celulitis.(27,28)

La piel actúa como una barrera protectora que impide el ingreso de diversos microorganismos, incluidos los que forman parte de la flora normal y aquellos patógenos que pueden penetrar en tejidos más profundos. (29) La celulitis es un tipo común de infección bacteriana de la dermis y el tejido celular

subcutáneo que ocurre debido a la entrada de microorganismos a través de cualquier situación que provoque una solución de continuidad de la piel, como grietas, heridas, quemaduras, mordedura de animales, mordedura de insectos, incisiones quirúrgicas y catéteres endovenosos. (27,29,30) Existe una gran heterogeneidad respecto a la microbiología en la celulitis, siendo los microorganismos más comunes *Streptococcus*, especialmente el grupo G beta hemolítico, seguido del grupo A (75-85%). A esto le sigue *Staphylococcus aureus* (10%) y en menor medida, bacterias gram negativas o *Enterococcus*.(31)

Los pacientes con celulitis presentan una piel afectada con un área eritematosa, dolorosa, caliente, con bordes irregulares asociada a edema y tumefacción a la palpación; en el que pueden aparecer pústulas y ampollas y progresar hacia úlceras o fusionarse para formar áreas de supuración superficial y en ocasiones, áreas de necrosis. (31,32) Puede ir acompañado de síntomas sistémicos como malestar general, fatiga y fiebre. (29) Su localización más frecuente es en las extremidades inferiores, seguida de miembros superiores, cabeza y cuello, y finalmente en tronco y abdomen, asimismo, es más común que la afección sea unilateral. (29,32)

Cuando se evalúa a un paciente que presenta las características descritas, es fundamental realizar una historia clínica completa, prestando especial atención a cuándo y cómo el paciente comenzó a notar los cambios en la piel. Es de suma importancia investigar si el paciente ha realizado algún viaje reciente, ha experimentado alguna herida o trauma en la piel, tiene antecedentes de uso de drogas endovenosas y/o ha sufrido alguna mordedura por insecto o animal en el área afectada. (29,33) Además de considerar si tiene el diagnóstico de alguna comorbilidad o enfermedad crónica que predisponga a desarrollar celulitis, como diabetes mellitus, insuficiencia venosa, enfermedad arterial periférica, entre otros. (29)

Por lo tanto, el diagnóstico se basa en las características morfológicas de la lesión y el contexto clínico. (30) Complementariamente, se puede solicitar exámenes de laboratorio con resultados de elevación de recuento de glóbulos

blancos, velocidad de sedimentación globular y PCR, sin embargo, si presentan valores normales no descartaría el diagnóstico. Por otro lado, si hay drenaje o una herida abierta presente, la tinción de Gram y el cultivo pueden proporcionar un diagnóstico definitivo. (31,32) Aunque menos del 5% de los hemocultivos son positivos. Se recomienda su realización en pacientes con inmunocomprometidos, con toxicidad sistémica, o enfermedad muy extensa.(31,33) Otros estudios complementarios incluyen radiografías, en caso de sospecha de osteomielitis, cuerpos extraños, fascitis necrotizante, abscesos, etc. Además, la ecografía puede ser útil para detectar el pus acumulado a nivel del tejido subcutáneo y para guiar el drenaje mediante aspiración con aguja. (34)

El tratamiento de la celulitis consiste en el manejo de los factores predisponentes, elevar el área afectada, e hidratar la piel para restaurar la barrera; indicar antiinflamatorios o corticoides y antibióticos. (30) La mayoría de los casos desarrollan celulitis leves que puede manejarse con antibióticos por vía oral, mientras que en caso pacientes inmunocomprometidos, con signos de toxicidad sistémica, con eritema extenso o sin mejoría clínica a las 48 a 72 horas, está indicado antibióticos parenterales. La duración del tratamiento varia si se trata de un caso de un paciente con celulitis no complicada o complicada, siendo 5 días y hasta 14 días, respectivamente. (31) Actualmente no existe consenso sobre el régimen antibiótico de la celulitis, no obstante, en el 2014 la guía de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas define el manejo según el cuadro clínico de la celulitis: purulenta y no purulenta. La celulitis no purulenta no complicada, sin signos sistémicos (temperatura mayor de 38 grados o menor de 36 grados, frecuencia respiratoria mayor de 20 rpm o PCO₂ menor a 32 mmHg, frecuencia cardiaca mayor de 90 lpm, leucocitos mayores a 12000 células/mm³ o menores a 4000 células/mm³), ni condiciones médicas adicionales, puede ser tratado con monoterapia oral con cefalosporinas, trimetoprim/sulfametoxazol, doxiciclina o clindamicina; mientras que la celulitis no purulenta con presencia algún signo sistémico, con penicilina, ceftriaxona, clindamicina vía endovenosa. Y en el caso de celulitis purulenta, se debe sospechar y cubrir al *Staphylococcus aureus meticilino resistente* (MRSA),

mientras se esperan los resultados del cultivo, con vancomina o linezolid vía parenteral y clindamicina, trimetropin/sulfametazol o doxiciclina vía oral. (27,31,33)

El caso clínico presentado refiere a una celulitis infecciosa purulenta probablemente secundario a mordedura de araña, que se manifiesta con lesión eritematosa con aumento de volumen y signos de flogosis en extremidad inferior izquierda, con tumefacción en cara lateral posterior de muslo izquierdo, asociado a signos sistémicos. E inicialmente se manejó con oxacilina y clindamicina. Posteriormente, tras drenar la colección, se envió una muestra para cultivo, donde luego se aísla un MRSA resistente a clindamicina. Por lo tanto, se rota el antibiótico a vancomicina y ceftriaxona. El paciente evolucionó favorablemente en piso de hospitalizados y fue de dado de alta a los 12 días.

3. ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

3.1 Caso clínico N° 1

El embarazo en la adolescencia es considerado una situación lamentable en el ámbito social y un problema de salud pública a nivel global de gran impacto, debido a las repercusiones tanto físicas como emocionales, así como afectar su educación y generar consecuencias negativas en su entorno familiar, escolar y social. (35)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como la etapa en el que el individuo desarrolla su capacidad reproductiva, experimenta cambios psicológicas desde la niñez hasta la adultez y consigue la independencia socioeconómica, en un periodo de vida entre los 10 y 19 años.(36) Asimismo, la OMS y la Organización Panamericana de la Salud determinan que los jóvenes entre 10 y 24 años constituyen el 25% de la población, y en los países en vías de desarrollo alcanza un 19%, como es en el caso de Perú. Dentro de las cuales, se reportan más de 16 millones de nacimientos de hijos producto de embarazos adolescentes a nivel mundial.

Siendo en América Latina y en el Caribe, la tasa de partos de 55 nacimientos por cada mil adolescentes entre 15 y 19 años. (37)

La realidad de la morbilidad y la mortalidad asociadas al embarazo en mujeres jóvenes es un llamado de atención profundo que demanda una reflexión integral. Cuando el embarazo ocurre en adolescentes y niñas, se abre una puerta a un conjunto de desafíos médicos y sociales que impactan su salud, su desarrollo y su futuro, tanto a nivel individual como en el ámbito comunitario y global. (38) Desde una óptica sociocultural, el embarazo en la adolescencia restringe las oportunidades educativas y laborales de la joven, ya que la mayoría se ve obligada a abandonar la escuela, dejándolas con un nivel educativo muy bajo que les impide acceder a empleos decentes para cubrir al menos sus necesidades básicas. Esto empeora, debido a que comúnmente la pareja es un adolescente que no suele asumir su rol de paternidad, lo que provoca además abandono emocional, económico y social.(39)

Las jóvenes que experimentan el embarazo enfrentan un mayor riesgo de complicaciones médicas y obstétricas debido a varios factores. Sus cuerpos aún en desarrollo pueden ser más vulnerables a afecciones como la preeclampsia, la anemia, la diabetes gestacional, hemorragias graves, infecciones, riesgo de aborto, lo que aumenta la probabilidad de complicaciones neonatales, como parto prematuro, bajo peso al nacer, asfixia perinatal, malformaciones congénitas, entre otros. (37,40) La falta de acceso a atención prenatal adecuada o la reticencia para buscar atención médica pueden exacerbar estos riesgos, poniendo en peligro la salud y la vida tanto de la madre como del bebé. (37)

Es necesario reflexionar sobre el entorno que rodea a estas jóvenes embarazadas. Muchas veces, factores socioeconómicos, educativos y culturales influyen en la probabilidad de un embarazo en la adolescencia. La falta de educación sexual integral, la limitada disponibilidad de anticonceptivos, las presiones sociales o económicas y la ausencia de apoyo emocional pueden contribuir a la vulnerabilidad de estas adolescentes.(39)

Abordar esta problemática va más allá de la atención médica. Implica crear un entorno que brinde un amplio apoyo a estas jóvenes. Educación sexual comprensiva y accesible, información sobre anticoncepción, así como

también un ambiente que fomente la toma de decisiones informadas y autónomas en temas de salud reproductiva, son fundamentales. Las políticas públicas que busquen ofrecer acceso equitativo a la atención médica de calidad, promover la educación sexual en las escuelas y garantizar recursos y programas de apoyo psicológico y social son pasos cruciales. Estas medidas pueden contribuir a reducir la incidencia de embarazos en adolescentes y, en consecuencia, la morbilidad y mortalidad asociadas. (35,41)

El caso clínico expone una adolescente gestante de 15 años, con antecedentes de 3 gestaciones anteriores, y su último embarazo con controles prenatales insuficientes, huérfana desde los 8 años, que se encuentre bajo la tutela de su tía. Abandono el colegio desde primero de secundaria para trabajar como mesera en el restaurante de su tía. Se evidencia un caso clínico con múltiples factores de riesgo. Por ello la importancia de proporcionar una educación integral en salud reproductiva en los distintos medios de comunicación, en los colegios y en la familia, ya que influye positivamente en la salud, bienestar emocional y futuro del adolescente.

3.2 Caso clínico N° 2

El caso clínico mencionado presenta una infección por transmisión sexual que es asunto de gran importancia en la salud pública debido a su gravedad y su papel como una de las principales causas de enfermedad a nivel mundial, la sífilis. Esta puede afectar a la gestante y transmitirse al feto. (42) Se estima que el riesgo de infección fetal por enfermedad materna no tratada es del 80%, de las cuales pueden resultar en sífilis congénita o aborto espontáneo en aproximadamente 66% de los casos. (43)

La sífilis es una infección sistémica y crónica, que afecta exclusivamente a los humanos, y es causada por *Treponema pallidum*. Se transmite de persona a persona mediante el contacto directo con una lesión infectada, principalmente a través de la actividad sexual; pero también puede transmitirse durante la gestación, de madre a hijo o mediante la exposición a sangre infectada. Se

distingue por períodos de enfermedad activa que se alternan con períodos de inactividad, aunque puede presentarse de diversas maneras, lo que le ha valido el apodo de "la gran simuladora". (44,45)

La sífilis se clasifica como sífilis adquirida o congénita. La sífilis adquirida se subclasifica en etapas tempranas, que incluyen la sífilis primaria, secundaria y latente temprana (dentro del primer año de infección), y etapas tardías, que comprenden la latente tardía (un año después de la infección) y la terciaria. Por otro lado, la sífilis congénita se clasifica en temprana, antes de los primeros dos años de vida, y tardía, después de los 2 años de vida. (46)

La paciente presentada es un caso de sífilis gestacional, que se detecta durante la gestación, el puerperio inmediato o después de un aborto. El diagnóstico puede realizarse en cualquiera de sus estadios, siendo el más frecuente en la sífilis secundaria. Adquiere gran relevancia por el riesgo de transmisión de la infección al feto a través de la placenta en cualquier momento de la gestación. Durante el embarazo, la infección fetal puede presentarse como, crecimiento intrauterino retardado, bajo peso al nacer, hidrops de causa no inmune, aborto, parto prematuro o muerte fetal intraútero, o puede no manifestarse hasta después del parto y presentar sífilis activa en el recién nacido. (43,44)

El diagnóstico de la sífilis se establece mediante una correcta historia clínica y los antecedentes sexuales, el examen físico, pruebas de laboratorio e imágenes, dado que los síntomas clínicos no suelen ser característicos ni evidentes. (47) Los factores de riesgo que aumentan significativamente la probabilidad de padecer sífilis en una gestante incluyen la adolescencia, estado civil soltero, inicio precoz de actividad sexual, tener varias parejas sexuales, no utilizar preservativos, residir en sectores urbanos en condiciones desfavorables, uso de metanfetaminas o heroína, y tardar en comenzar el cuidado prenatal o no recibir atención prenatal. (48,49)

La sífilis primaria se caracteriza por la aparición de una úlcera, conocida como el chancro sifilítico, y linfadenopatía regional no supurativa, tras un periodo de incubación de 21 días. El chancro típico se caracteriza por ser una lesión única, indolora, indurada, con una base limpia con bordes sobreelevados que exuden un líquido claro, generalmente ubicada en la región anogenital. La

ulcera suele tener una duración de 3 a 6 semanas, y se resuelve espontáneamente. En aproximadamente el 25% de los casos, la sífilis primaria puede progresar a sífilis secundaria, que inicia entre 2 a 8 semanas después de la aparición de la lesión inicial. La sífilis secundaria puede manifestarse de diversas maneras, con un compromiso multisistémico. Por lo general, se inicia con un rash típicamente maculopapular que puede ser generalizado o limitado a palmas y plantas. Otras manifestaciones incluyen lesiones mucocutáneas, alopecia parcheada, uveítis anterior, hepatitis, periostitis, meningitis, glomerulonefritis, entre otros. También pueden presentarse con signos inespecíficos como febrícula, malestar general, anorexia y artralgias. En la sífilis latente, no se presentan síntomas clínicos, únicamente se observa reactividad serológica, y puede persistir en el tiempo. Por último, la sífilis terciaria puede desarrollarse en aproximadamente un tercio de los pacientes no tratados, entre 20 y 40 años después de la primoinfección. Puede categorizarse en neurosífilis, sífilis cardiovascular y sífilis gomosa, (45,46)

Dado que esta enfermedad a menudo no muestra síntomas típicos, es indispensable solicitar a las gestantes que se realicen pruebas serológicas de sífilis durante el primer trimestre. Se distinguen dos tipos de pruebas serológicas, las pruebas no treponémicas, RPR y VDRL, y las pruebas treponémicas, FTA-ABS y MHA-TP. Las pruebas no treponémicas son comúnmente solicitadas como parte de la práctica rutinaria, ya que son técnicas sencillas y baratas. Generalmente muestran resultados reactivos entre 4 y 8 semanas después de la primoinfección, lo que los hace útiles como indicador de actividad de la enfermedad. Por otro lado, las pruebas treponémicas son técnicas más específicas, que positivizan entre la primera y segunda semana de infección, es decir son más precoces que las pruebas no treponémicas. Se utilizan para la confirmación del diagnóstico. En casos en los que haya manifestaciones clínicas, como un chancro sífilítico o alguna otra lesión, el diagnóstico puede realizarse visualizando el *Treponema pallidum* mediante microscopía de campo oscuro o inmunofluorescencia. La ausencia de este no descarta el diagnóstico.(43,45)

El tratamiento de la sífilis gestacional se realiza mediante la aplicación de Penicilina Benzatínica, cuyo régimen variara de acuerdo al estadio de la enfermedad en el que se encuentre la paciente. Además, se reconoce como el único tratamiento efectivo para prevenir la sífilis congénita. También se recomienda proporcionar tratamiento a las parejas sexuales de la gestante. En la sífilis primaria, secundaria y latente temprana, está indicado la Penicilina G Benzatínica 2.400.000 UI como dosis única, vía intramuscular. Mientras que en la sífilis latente tardía y terciaria se indica 3 dosis, una semanalmente. (50)

El caso clínico presentado expone una joven inmigrante gestante con el diagnóstico de sífilis secundaria latente. La paciente exhibió varios factores de riesgo para adquirir una infección de transmisión sexual, como múltiples parejas sexuales, no controles prenatales e inicio de relaciones sexuales a temprana edad. Se procedió a seguir el protocolo estándar, con la prescripción de Penicilina G Benzatínica 2.4 millones de unidades internacionales por vía intramuscular.

El caso destaca la importancia de la detección temprana a través de pruebas prenatales regulares. La identificación precoz de la infección hubiera permitido un tratamiento oportuno con antibióticos, lo que habría prevenido la posibilidad de transmisión al feto y reducir significativamente el riesgo de complicaciones graves. Además, es esencial concienciar y educar sobre la salud sexual y reproductiva, promover el uso de métodos de prevención, como el uso de preservativos, y realizar pruebas regulares para infecciones de transmisión sexual durante el embarazo. Asimismo, destaca la importancia de la atención médica integral durante la gestación y el acceso a servicios de salud prenatal de calidad, que incluyan pruebas de detección de enfermedades infecciosas, es esencial para proteger la salud materna e infantil. (51)

4. ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

4.1 Caso clínico N° 1

El caso clínico presentado expone una forma de presentación poco frecuente de la apendicitis aguda, el plastrón apendicular. (52) El plastrón apendicular es una masa inflamatoria formada por el apéndice perforado e inflamado, vísceras adyacentes, epiplón, con o sin secreción purulenta cuyo propósito es la contención y delimitación de la inflamación. Aunque dicho proceso aumenta la morbilidad porque alarga la estancia hospitalaria, aumenta el tiempo de tratamiento, entre otros. (53) Menos del 10% de pacientes con apendicitis aguda desarrollan un plastrón apendicular. (53) Si bien tiene un amplio espectro de presentación clínica y su diagnóstico puede suponer un reto para el médico tratante, su forma clásica de presentación es aquel paciente que acude con dolor abdominal intenso en la fosa iliaca derecha por uno o dos días, acompañado de fiebre y que luego resuelve generalmente tras la administración de antibióticos y antiinflamatorios. Posteriormente de una semana a 10 días, reaparece el cuadro febril asociado a dolor abdominal en la misma ubicación de leve a moderada intensidad. En el examen físico se evidencia una masa palpable en la fosa iliaca derecha y en la analítica, presencia de leucocitosis con desviación izquierda y proteína C reactiva aumentada. (53,54) El apoyo de exámenes imagenológicos como la ecografía y la tomografía confirmarían la presencia del plastrón apendicular y si se encuentra en fase abscedada. (52,54)

Entre los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta son neoplasia del apéndice cecal, masa diverticular, Enfermedad de Crohn, absceso del psoas, absceso tubo ovárico, intususcepción, entre otros.(54,55)

En cuanto al tratamiento del plastrón apendicular es un tema controversial desde hace mucho tiempo. En el Perú la decisión del manejo es decidida a criterio y experiencia del médico tratante, entre las cuales puede elegirse entre un manejo quirúrgico inmediato, o un manejo conservador y una apendicetomía diferida. Sin embargo, el tratamiento estandarizado

actualmente es iniciar con un manejo no quirúrgico, realizar drenaje percutáneo del absceso si hubiera y una apendicetomía programada entre las 8 a 12 semanas después del inicio de los síntomas. (52,54,55)

El manejo medico inicial alcanza una tasa de éxito del 93% y un 20% llega a ser necesario el drenaje percutáneo; por otro lado, la tasa de recurrencia es de 20.5% dentro del año de diagnóstico y pueden terminar en apendicetomía a las 48 horas en un 50%. (53)

Entre los factores de riesgo para la falla de tratamiento médico se reporta abastados mayor de 15%, compromiso abdominal mas allá del cuadrante inferior derecho, ausencia de un absceso bien definido y presencia de apendicolito en la imagen. (52,56)

Por el otro lado efectuar la apendicetomía electiva es también un dilema. Ya que existen 2 posturas con respecto a esta cirugía. Aquellos que están a favor se basan en realizar un adecuado diagnostico diferencial y evitar la apendicitis recurrente que tiene mayor incidencia entre los 6 meses a 2 años posteriores del episodio agudo. Además, posee el ventaja de disminuir la tasa de complicaciones de la peritonitis de origen apendicular, como el absceso intrabdominal y la infección del sitio operatorio, ya que al momento de programarlo se trata de un paciente estable con cuadro inflamatorio resuelto y ausencia de una enfermedad aguda. Mientras que la postura que defiende no operar, sustenta que la probabilidad de desarrollar apendicitis y cáncer apendicular es mínima. Asimismo, dicha intervención aumenta las hospitalizaciones y el uso de recursos innecesariamente, sin embargo, cabe mencionar que las neoplasias del apéndice cecal si bien son infrecuentes son de carácter maligno. (52,55)

Por otra parte, el manejo quirúrgico inmediato muestra una estancia hospitalaria menor y, por ende, menor uso de recursos, aunque, manifiesta muchas complicaciones, entre ellos lesión visceral, infección del sitio operatorio, absceso pélvico y la urgencia de una reintervención quirúrgica. Es por esto que esta opción no es valorada como manejo de primera línea y por ello se opta por un manejo conservador para evitar dichas complicaciones. (52,54,55)

El caso clínico presentado se optó inicialmente por un tratamiento médico, sin embargo, ante la exacerbación de la clínica se decide un manejo quirúrgico

inmediato, una laparotomía exploratoria y hallándose un plastrón apendicular abscedado. El paciente evolucionó de forma favorable en piso de hospitalizados, recibió tratamiento antibiótico endovenoso doble con ceftriaxona y metronidazol y fue de dado de alta a los 5 días.

4.2 Caso clínico N° 2

El caso clínico presentado expone la afección que más prevalece de la vesícula biliar y la segunda indicación más frecuente de cirugía abdominal, la colelitiasis.(57) La litiasis vesicular se define por la formación de litos o cálculos en la vesícula o en la vía biliar debido a cambios en la motilidad de la vesícula y en la composición de bilis. Se clasifica según la ubicación del cálculo como colelitiasis, si se ubica dentro de la vesícula y coledocolitiasis, si se ubica en el colédoco. (58) Puede presentarse como una colelitiasis asintomática, un cólico biliar, colecistitis calculosa aguda, colecistitis calculosa crónica y colangitis aguda. (59,60)

La colecistitis es una enfermedad caracterizada por la inflamación de la pared vesicular debido en más del 85% por cálculos que obstruyen el conducto cístico.(61,62) Cuya entidad representa la primera causa de colecistectomías. (63) Según el tiempo de evolución se clasifica en tres estadios: aguda, menos de 3 días; subaguda de 3 a 14 días; y crónica, más de 2 semanas. (59)

En cuanto a los cálculos son de tres tipos: de colesterol (el más frecuente), mixtos y pigmentarios. Son formados por el incremento de colesterol en la bilis de tal forma que se crean grumos dentro de la vesícula. Y existen diferentes factores de riesgo que predisponen la formación de cálculos, entre ellos el sexo femenino, edad avanzada, obesidad, embarazo, enfermedades hepáticas, pérdida de peso repentino, dieta alta en calorías y grasas, aumento de triglicéridos, descenso de HDL, uso de anticonceptivos, nutrición parenteral, etc.(58,62)

El caso presentado se trata de un cuadro clínico de colecistitis crónica calculosa. La mayoría de casos es asintomática sin embargo si presentan suelen tener una sintomatología leve e inespecífica, como distensión abdominal, dolor inespecífico en la región epigástrica o en el hipocondrio

derecho, con o sin signo de Murphy positivo a la exploración física, e irradiación a la escápula ipsilateral. Por otro lado, puede presentar episodios de cólico biliar. El cólico biliar consiste en un dolor de severa intensidad que aparece de forma repentina, de varias horas de evolución, se ubica en la región epigástrica o hipocondrio derecho y puede irradiarse hacia la escápula derecha o al hombro ipsilateral. Puede asociarse a náuseas y vómitos. Otro síntoma, pero menos frecuente es la fiebre en el cual se debe sospechar de complicaciones como una colecistitis aguda, colédoco litiasis, colangitis, pancreatitis biliar aguda, entre otros. (58,60,62)

El diagnóstico está integrado por la historia clínica completa, exploración física detallada, pruebas de laboratorio con incremento de bilirrubinas a predominio directo y métodos de imagen confirmatorios, como la ecografía, la prueba no invasiva de elección, resonancia magnética, métodos endoscópicos como colangio resonancia retrograda endoscópica y ecografía endoscópica (58,62) Entre los diagnósticos diferenciales a considerar descartar se encuentra la apendicitis aguda, obstrucción intestinal, úlcera péptica perforada, cólico renal, hepatitis aguda, entre otros. (62)

El manejo de los cálculos de la vesícula dependerá si son asintomáticos o sintomáticos. Si son asintomáticos por lo general no requerirán tratamiento ya que hay poca posibilidad de desarrollar síntomas. Sin embargo, si presentan escasos síntomas o los cálculos son pequeños, teniendo un buen funcionamiento de la vesícula biliar, en algunas ocasiones se indica ácido ursodesoxicólico, que favorece la disolución de dichos cálculos. Aunque es de importancia precisar que no es tan eficaz ya que ante la suspensión de su administración con frecuencia reaparecen los cálculos. En el caso de que se tratase de una litiasis biliar sintomática, un cólico biliar, y no cede ante el uso de espasmódicos se debe acudir al médico para la valoración y precisar la necesidad de ingreso a hospitalización. Esta indicado durante la hospitalización reposo en cama, dieta absoluta, fluidoterapia, antibioticoterapia y analgesia. Y el manejo definitivo y de elección es la colecistectomía, la extirpación de la vesícula biliar que puede ser abierta o laparoscópica. (58,62)

Al paciente del caso clínico se le realizó una colecistectomía laparoscópica y tuvo una evolución favorable en piso de hospitalizados, recibió tratamiento antibiótico endovenoso con ceftriaxona y fue dado de alta a los 2 días.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

La formación médica en el Perú para los estudiantes de medicina se divide principalmente en tres fases que aportan un valor significativo para el desarrollo de una sólida formación médica y desempeño exitoso. La primera se centra en la formación de una buena base con diferentes cursos de ciencias básicas; seguida por una segunda fase que se enfoca en la visita a distintos centros hospitalarios basado en la aplicación clínica de lo aprendido durante la primera fase; y la tercera corresponde al Internado Médico.

Durante el internado se asumen responsabilidades con los pacientes llevando a cabo visitas médicas y participando activamente en su manejo y recuperación. Es en esta etapa donde se consolidan los conocimientos obtenidos y aprendidos a lo largo de la carrera, además de adquirir habilidades para desenvolverse en un entorno hospitalario, tanto en la interacción con los usuarios de servicio de salud como con el personal médico. Se aprende la comunicación, empatía y el trato digno hacia el paciente, con especial atención a los aspectos emocionales ya que muchos de ellos y sus familiares pueden sentirse vulnerables ante el desconocimiento de una condición de salud delicada. Por ello la importancia de brindar una adecuada comunicación para contar con el apoyo necesario.

Por otro lado, la interacción con el personal hospitalario implica aprender a establecer relaciones interpersonales que contribuyan a la creación de un ambiente laboral positivo. Esto enriquece la experiencia durante la rotación en el servicio y brinda la oportunidad de aprender al ser parte de un equipo multidisciplinario.

El ser interno conlleva a un desafío, ya que implica ser disciplinado, responsable y perseverante, así como enfrentarse a diferentes situaciones adversas como: intentar aprovechar al máximo el aprendizaje en un tiempo reducido debido al acortamiento del internado de 12 a 10 meses a raíz de la pandemia por el COVID-19; trabajar en hospitales del MINSA donde existe precariedad en sus instalaciones y deficiencia en equipamiento médico e

implementos; asimismo afrontar las experiencias de maltrato y abuso con respeto y resiliencia. Por lo que como futuros médicos es importante no normalizar ni repetir estas actitudes, y en su lugar, fomentar un ambiente de respeto y empatía. Por lo tanto, la importancia reside en aprovechar estas situaciones como oportunidades para fomentar la capacidad de adaptación y resolver problemas con ingenio, creatividad y experiencia de manera efectiva, tanto durante el SERUM como en otros entornos laborales.

V.CONCLUSIONES

1. El internado médico constituye un período crucial en la formación de los estudiantes de medicina, en el cual se ponen en práctica los conocimientos adquiridos en años previos. Esta etapa final es una experiencia de aprendizaje enriquecedora donde se adquieren nuevas habilidades, conocimientos y experiencias, por lo que debe ser abordada con disciplina, responsabilidad, perseverancia y resiliencia.
2. Durante este periodo se adquieren valiosas lecciones sobre el valor humano y la importancia del trabajo en equipo, las cuales resultarán útiles en un entorno laboral productivo en el futuro.
3. El internado es gran desafío debido a la necesidad de enfrentar una variedad de situaciones complejas. Esto incluye maximizar el aprendizaje en un tiempo limitado; así como trabajar en áreas de salud donde existe precariedad de sus instalaciones y deficiencia en el equipamiento médico e insumos; además, lidiar con experiencias de maltrato y abuso, entre otros.
4. Este estudio se basa en una experiencia obtenida durante las rotaciones en cuatro servicios en el Hospital Lima Este Vitarte. En **que**, si bien cada estudiante experimenta un internado único, dicha vivencia ofrece diversidad para adquirir conocimientos sobre múltiples enfermedades en distintas especialidades, realizar procedimientos médicos, aportar en la identificación de diagnósticos, interpretar los exámenes de laboratorio e imágenes, plantear tratamientos y recibir asesoramiento de médicos.

VI. RECOMENDACIONES

1. El internado médico debe llevarse a cabo en un entorno laboral donde se fomente el respeto, la comunicación y la colaboración entre el personal de salud y administrativo. Esto garantiza el desenvolvimiento adecuado para desarrollar sus habilidades como futuro profesional de la salud.
2. El interno de medicina debe ser pro activo, ético, mantener una actitud positiva, aprovechar las oportunidades de aprendizaje y actualizar conocimientos, con el objetivo de tener un internado más productivo para el desarrollo profesional.
3. Se debe brindar apoyo psicológico continuo a los internos de medicina durante esta etapa de formación, mediante sesiones periódicas según disponibilidad y previa coordinación.
4. Los tutores universitarios deben participar de manera más activa en cada rotación, con el fin de supervisar y mejorar el rendimiento de los internos de medicina a través de exposiciones de temas específicos y casos clínicos, lecturas, revisiones, entre otros.
5. Se recomienda extender la duración del periodo de internado de 10 a 12 meses, dado que brindaría mayor tiempo para explorar a fondo cada una de las especialidades y prepararse adecuadamente para rendir el Examen Nacional de Medicina. Lo cual ayudaría a reforzar su formación médica de manera más eficaz.

VII. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Salazar Porras D, Aguilar Hernández LM, González Alfaro FJ. Ictericia neonatal: manifestación clínica frecuente en pediatría. Revista Médica Sinergia. 2023;8(8 (Agosto)):7.
2. Ictericia neonatal [Internet]. [citado 10 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii06/03/367-374.pdf>
3. 38.pdf [Internet]. [citado 10 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/38.pdf>
4. Mazzi Gonzales de Prada E. Hiperbilirrubinemia neonatal. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría. enero de 2005;44(1):26-35.
5. Molina LÁB. Ictericia en neonatos sanos con lactancia materna exclusiva por madres con baja producción láctea. 2016;
6. Sabillón DF. Ictericia Asociada a la Lactancia Materna. 1998;(2).
7. Investigación RS. Ictericia neonatal. [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado 10 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/ictericia-neonatal/>
8. Ictericia neonatal [Internet]. [citado 10 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://fapap.es/files/639-356-RUTA/cde00b6ae59bdb56dbfde7f61cd4382e.pdf>
9. Durán M, García JA, Sánchez A. Efectividad de la fototerapia en la hiperbilirrubinemia neonatal. Enfermería Universitaria. 1 de enero de 2015;12(1):41-5.
10. Dávila Aliaga C, Hinojosa Pérez R, Mendoza Ibáñez E, Gómez Galiano W, Espinoza Vivas Y, Torres Marcos E, et al. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la sepsis neonatal: Guía de práctica clínica basada en evidencias del Instituto Nacional Materno Perinatal del Perú. Anales de la Facultad de Medicina. septiembre de 2020;81(3):354-64.
11. Ruiz B. A, Pantoja-Sánchez LR, Ruiz B. A, Pantoja-Sánchez LR. Características clínico-epidemiológicas de sepsis neonatal temprana en un hospital público, Lima, Perú. Horizonte Médico (Lima) [Internet]. octubre de 2022 [citado 12 de marzo de 2024];22(4). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-

558X2022000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

12. Pérez RO, Lona JC, Quiles M, Verdugo MÁ, Ascencio EP, Benítez EA. Sepsis neonatal temprana, incidencia y factores de riesgo asociados en un hospital público del occidente de México. *Revista chilena de infectología*. agosto de 2015;32(4):447-52.
13. Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos [Internet]. [citado 12 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
14. Colomer BF, Sastre JL, Cotallo GDC, Aparicio AR, Fernández AI. Servicio de Neonatología Hospital Universitario Central de Asturias.
15. Asenjo AA. *REVISTA DEL CUERPO MÉDICO HOSPITAL NACIONAL*. 2023;16.
16. Vega-Fernández A, Zevallos-Vargas B. Sepsis neonatal: Diagnóstico y tratamiento. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*. enero de 2023;16(1):94-101.
17. Rios Valdéz CV, Navia Bueno M del P, Díaz Villegas M, Salazar Fuentes HJ. Factores de riesgo asociados a sepsis neonatal. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*. junio de 2005;44(2):87-92.
18. Singh M, Alsaleem M, Gray CP. Neonatal Sepsis. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 12 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK531478/>
19. Incontri-Abraham D, Juárez-Vignon-Whaley JJ, Magaña J, Incontri-Abraham D, Juárez-Vignon-Whaley JJ, Magaña J. Quiste Renal Infectado: Reporte de Caso. *Revista mexicana de urología* [Internet]. diciembre de 2020 [citado 11 de marzo de 2024];80(6). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2007-40852020000600008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
20. Nardiello N A, Lagomarsino F E, Baquedano D P, Aglony I M. Quistes renales, manifestación de diversas patologías. *Revista médica de Chile*. enero de 2007;135(1):111-20.
21. Radiology (ACR) RS of NA (RSNA) and AC of. *Radiologyinfo.org*. [citado 11 de marzo de 2024]. Quistes renales. Disponible en: <https://www.radiologyinfo.org/es/info/renal-cyst>

22. Disnea como síntoma de rotura de quiste renal complejo. Caso clínico [Internet]. [citado 11 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/disnea-como-sintoma-de-rotura-de-quiste-renal-complejo-caso-clinico/>
23. Yu Y, Ma L, Wang Z, Zhang Z. Renal cell carcinoma presenting as a simple renal cyst: A case report. *Mol Clin Oncol*. abril de 2017;6(4):550-2.
24. Israel GM, Bosniak MA. An update of the Bosniak renal cyst classification system. *Urology*. 1 de septiembre de 2005;66(3):484-8.
25. Silverman SG, Pedrosa I, Ellis JH, Hindman NM, Schieda N, Smith AD, et al. Bosniak Classification of Cystic Renal Masses, Version 2019: An Update Proposal and Needs Assessment. *Radiology*. agosto de 2019;292(2):475-88.
26. Muglia VF, Westphalen AC. Bosniak classification for complex renal cysts: history and critical analysis. *Radiol Bras*. 2014;47(6):368-73.
27. Rojas LAJ. Celulitis. *Revista Medica Sinergia*. 2 de junio de 2017;2(6):6-9.
28. Collazos J, Fuente B de la, García A, Gómez H, Menéndez C, Enríquez H, et al. Cellulitis in adult patients: A large, multicenter, observational, prospective study of 606 episodes and analysis of the factors related to the response to treatment. *PLOS ONE*. 27 de septiembre de 2018;13(9):e0204036.
29. Brown BD, Hood Watson KL. Cellulitis. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549770/>
30. Maitre S. Cellulitis: Definition, Etiology, Diagnosis and Treatment. *AMA Journal of Ethics*. 1 de diciembre de 2006;8(12):831-3.
31. Ortiz-Lazo E, Arriagada-Eggen C, Poehls C, Concha-Rogazy M. Actualización en el abordaje y manejo de celulitis. *Actas Dermosifiliogr*. 1 de marzo de 2019;110(2):124-30.
32. Villagran CAR, Mera FGP, Camacho JFL, Cumba KCA. Celulitis infecciosa: Incidencia, agentes patógenos más frecuentes y tratamiento. *RECIAMUC*. 2018;2(1):1121-30.
33. Admin C. Celulitis Infecciosa [Internet]. *CMUC*. 2020 [citado 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.centroulcerascronicas.com/noticias/celulitis-infecciosa/>

34. AdminECO. Celulitis o absceso de partes blandas, utilidad de la ecografía para la toma de decisiones. – EUROECO [Internet]. [citado 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://euroeco.org/celulitis-o-absceso-de-partes-blandas-utilidad-de-la-ecografia-para-la-toma-de-decisiones/>
35. Loredó-Abdalá A, Vargas-Campuzano E, Casas-Muñoz A. Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada*. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2017;55.
36. Salud del adolescente [Internet]. [citado 10 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health>
37. Mancilla Ramírez J. Embarazo en adolescentes: Vidas en riesgo. Perinatología y reproducción humana. marzo de 2012;26(1):05-7.
38. Gálvez Espinosa M, Rodríguez Arévalo L, Rodríguez Sánchez CO. El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad. Revista Cubana de Medicina General Integral. junio de 2016;32(2):280-9.
39. Venegas M, Valles BN, Venegas M, Valles BN. Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas. Pediatría Atención Primaria. septiembre de 2019;21(83):e109-19.
40. Vargas Pérez A. El Embarazo en la Adolescencia Consideraciones para la prevención del Embarazo Adolescente. Revista CON-CIENCIA. octubre de 2013;1(1):141-8.
41. UNFPA Perú [Internet]. 2020 [citado 10 de marzo de 2024]. Prevenir el embarazo adolescente en contexto de crisis: un doble desafío a nivel nacional. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/es/news/prevenir-el-embarazo-adolescente-en-contexto-de-crisis-un-doble-desaf%C3%ADo-nivel-nacional>
42. myl123-4e.pdf [Internet]. [citado 29 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medlab/myl-2012/myl123-4e.pdf>
43. Leal E, Campos S, Pardo I, Vázquez-Rodríguez M, García-Jiménez E, Moral E. Sífilis y embarazo. Clin Invest Ginecol Obstet. 1 de mayo de 2011;38(3):114-7.
44. Carrasco Á, Iván R. Interpretación de las pruebas diagnósticas de sífilis en gestantes. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. julio de 2018;64(3):345-52.
45. UK National Guidelines on the Management of Syphilis 2008 [Internet].

- [citado 29 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1258/ijsa.2008.008279>
46. Arando Lasagabaster M, Otero Guerra L. Sífilis. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1 de junio de 2019;37(6):398-404.
47. Syphilis [Internet]. [citado 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/syphilis>
48. Erazo-Medina LL, García-Cajaleón JD, Sotelo-Muñoz SA, Rivera-Beltrán SE, Reyes-Ortiz SC, Campos-Correa KE, et al. Sífilis gestacional: análisis de factores de riesgo en un centro materno infantil de Lima, Perú (2015-2020). *Ginecología y obstetricia de México*. 2022;90(11):901-9.
49. Detailed STD Facts - Syphilis [Internet]. 2023 [citado 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/syphilis/stdfact-syphilis-detailed.htm>
50. [guia-sifilis-2019.pdf](https://www.sau-net.org/capitulos/infecciones/guia-sifilis-2019.pdf) [Internet]. [citado 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.sau-net.org/capitulos/infecciones/guia-sifilis-2019.pdf>
51. Sífilis en la gestante y congénita: perfil epidemiológico y prevalencia [Internet]. [citado 13 de marzo de 2024]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000100004&lng=es.%20%20Epub%2016-Mar-2020.%20%20https://dx.doi.org/eglobal.19.1.358351
52. Villalón F, Villanueva A, Suñol MA, Garay J, Arana J, Jiménez J. Tratamiento y seguimiento del plastrón apendicular. *CIRUGÍA PEDIÁTRICA*.
53. Rodríguez Fernández Z. Consideraciones actuales concernientes al tratamiento del plastrón apendicular. *Rev cuba cir*. 2021;e1117-e1117.
54. Pascual FJM, Pérez JIG, Cruz VV, Alvarenga JEB, Elías MAC, Rueda FV, et al. Tratamiento quirúrgico o conservador del plastrón apendicular. ¿Influye en la aparición de complicaciones? *CIRUGÍA PEDIÁTRICA*. 2015;28.
55. Clouet-Huerta DE, Guerrero B. C, Gómez L. E. Plastrón apendicular y manejo clínico actual: una decisión a reconsiderar. A propósito de un caso. *Rev Chil Cir*. 1 de enero de 2017;69(1):65-8.
56. Ashcraft KW, Holcomb GW, Murphy JP, Ostlie DJ. Ashcraft's pediatric surgery [Internet]. 5th ed. Philadelphia: Saunders/Elsevier; 2010 [citado 28 de febrero de 2024]. 1101 p. Disponible en: <http://www.clinicalkey.com/dura/browse/bookChapter/3-s2.0->

B9781416061274X00018

57. RD_N290-2021-DG-HEJCU-_GUIA_PRACTICA_COLECISTITIS.pdf [Internet]. [citado 28 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/RD_N290-2021-DG-HEJCU-_GUIA_PRACTICA_COLECISTITIS.PDF
58. Moreira V, Ramos Zabala F. Litiasis biliar. Revista Española de Enfermedades Digestivas. octubre de 2005;97(10):752-752.
59. Salinas C, López CA, Ramírez A, Torres R, Mendoza MC, Cuesta DP. Colectomía por laparoscopia en colecistitis subaguda: análisis retrospectivo de pacientes en un hospital universitario. Revista Colombiana de Cirugía. 2018;33(2):154-61.
60. Sánchez Gaitán JC. Litiasis biliar. Revista Médica Sinergia. 2016;1(1):12-5.
61. 14.-Colecistitis-cronica.pdf [Internet]. [citado 28 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://cirugiasanborja.cl/wp-content/uploads/2019/06/14.-Colecistitis-cronica.pdf>
62. Pérez Huitrón MA, Ocaña Monroy JL, Pérez Huitrón MA, Ocaña Monroy JL. Colecistitis crónica litiásica agudizada: una consulta frecuente en la guardia médica. Revista de la Facultad de Medicina (México). agosto de 2018;61(4):35-7.
63. Enríquez-Sánchez LB, García-Salas JD, Carrillo-Gorena J, Enríquez-Sánchez LB, García-Salas JD, Carrillo-Gorena J. Colecistitis crónica y aguda, revisión y situación actual en nuestro entorno. Cirujano general. septiembre de 2018;40(3):175-8.