

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL LIMA ESTE - VITARTE 2023 – 2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

**TIFFANY CAZENEUVE ZELAYARAN
ALVARO RODRIGO DEL CARPIO BARRIOS**

ASESOR

JOHAN EDUARDO MEDRANO ALVAREZ

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 DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL LIMA ESTE - VITARTE 2023 – 2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

**PRESENTADO POR
TIFFANY CAZENEUVE ZELAYARAN
ALVARO RODRIGO DEL CARPIO BARRIOS**

**ASESOR
MC JOHAN EDUARDO MEDRANO ALVAREZ**

**LIMA, PERÚ
2024**

JURADO

PRESIDENTE: DR. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

MIEMBRO: Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE

MIEMBRO: Dr. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

A nuestras familias que fueron nuestro apoyo durante todos los años de nuestra carrera.

ÍNDICE

JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	8
1.1 Rotación en Medicina Interna	9
Caso clínico n.º 1	9
Caso clínico n.º 2	10
Caso clínico n.º 3	12
Caso clínico n.º 4	14
1.2. Rotación en Pediatría	16
Caso clínico n.º 5	16
Caso clínico n.º 6	17
Caso clínico n.º 7	18
Caso clínico n.º 8	21
1.3. Rotación en Cirugía	22
Caso clínico n.º 9	22
Caso clínico n.º 10	23
Caso clínico n.º 11	25
Caso clínico n.º 12	26
1.4 Rotación en Ginecología y Obstetricia	28
Caso clínico n.º 13	28
Caso clínico n.º 14	29
Caso clínico n.º 15	30
Caso clínico n.º 16	32
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	34
3.1 Rotación en Medicina Interna	35

Discusión de caso clínico n.º 1	35
Discusión de caso clínico n.º 2	36
Discusión de caso clínico n.º 3	37
Discusión de caso clínico n.º 4	39
3.2 Rotación en Pediatría	41
Discusión de caso clínico n.º 5	41
Discusión de caso clínico n.º 6	42
Discusión de caso clínico n.º 7	43
Discusión de caso clínico n.º 8	45
3.3. Rotación en cirugía	46
Discusión de caso clínico n.º 9	46
Discusión de caso clínico n.º 10	47
Discusión de caso clínico n.º 11	48
Discusión de caso clínico n.º 12	49
3.4 Rotación en Ginecología y Obstetricia	51
Discusión de caso clínico n.º 13	51
Discusión de caso clínico n.º 14	52
Discusión de caso clínico n.º 15	53
Discusión de caso clínico n.º 16	54
IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	56
CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES	58
FUENTES DE INFORMACIÓN	59

RESUMEN

Objetivo: Desarrollar casos clínicos de las especialidades que se mencionaron anteriormente teniendo como base los conocimientos que adquirimos durante la etapa del internado médico. Además, describir las impresiones diagnósticas y planes de trabajo realizado en cada caso. También, se explicarán los casos con literatura médica actual. **Metodología:** Se reunió una serie de casos clínicos del Hospital Lima Este – Vitarte sobre las patologías encontradas con más frecuencia en los cuatros servicios ya mencionados durante el periodo de abril 2023 a enero 2024. **Resultados:** Se describieron 16 casos clínicos de las especialidades de Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Cirugía general, se mencionan patologías tales como pancreatitis aguda, insuficiencia respiratoria aguda, apendicitis aguda, hernia inguinal, neumonía, aborto incompleto, entre otras. **Conclusiones:** Los autores concluyen que la etapa del internado es una parte fundamental en la formación de los médicos cirujanos generales, proporcionándole experiencia necesaria para sus futuras actividades como profesionales.

Palabras clave: Internado de Medicina, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna, Cirugía General

ABSTRACT

Objective: Develop clinical cases of the specialties mentioned above based on the knowledge we acquired during the medical internship stage. Additionally, describe the diagnostic impressions and work plans carried out in each case. Also, the cases will be explained with current medical literature.

Methodology: A series of clinical cases from the Lima Este Hospital – Vitarte were gathered on the pathologies most frequently found in the four services already mentioned during the period from April 2023 to January 2024.

Results: 16 clinical cases from the following specialties were described: Internal Medicine, Gynecology and Obstetrics, Pediatrics and General Surgery, pathologies such as acute pancreatitis, acute respiratory failure, acute appendicitis, inguinal hernia, pneumonia, incomplete abortion, among others, are mentioned. **Conclusions:** The authors conclude that the internship stage is a fundamental part in the training of general surgeons, providing them with the necessary experience for their future activities as professionals.

Keywords: Medical Internship, Gynecology and Obstetrics, Pediatrics, Internal Medicine, General Surgery

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL LIMA ESTE - VITARTE
2023-2024**

AUTOR

TIFFANY CAZENEUVE ZELAYARAN

RECUENTO DE PALABRAS

14122 Words

RECUENTO DE CARACTERES

80362 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

64 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

89.2KB

FECHA DE ENTREGA

Mar 19, 2024 9:18 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Mar 19, 2024 9:19 AM GMT-5

● **20% de similitud general**

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

- 20% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 4% 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
- Fuentes excluidas manualmente



DNI: 03667079
ORCID: 0000-0002-0177-381X
MEDRANO ÁLVAREZ, JOHAN EDUARDO

INTRODUCCIÓN

El internado médico, que se desarrolla en el último año de la carrera de medicina, constituye un período preprofesional diseñado para consolidar los conocimientos a través de la práctica y la aplicación de la teoría adquirida en los seis años previos. Durante esta fase, el objetivo central es instruir a los internos en la ejecución de procedimientos médicos esenciales, preparándolos para su futura labor como médicos generales. Es imperativo que estas prácticas se lleven a cabo en centros médicos especializados que respalden y formen a los estudiantes.

Las responsabilidades de los internos de medicina incluyen la elaboración de historias clínicas, la investigación de los motivos de consulta de los pacientes, la colaboración en el seguimiento de los resultados de pruebas diagnósticas y la vigilancia de la evolución de los pacientes, incluida la detección e informe de posibles complicaciones. Estas tareas están bajo una estricta supervisión de un médico cirujano que contribuye al fortalecimiento de los conocimientos.

El internado médico se estructura en cuatro rotaciones esenciales para un centro de salud, que abarcan ginecología y obstetricia, medicina interna, cirugía general y pediatría. Cada una de estas áreas se divide en consultorios externos, áreas de emergencia y hospitalización, proporcionando así al interno la oportunidad de adaptarse y adquirir conocimientos en diversos contextos.

El internado inició el 1 de abril de 2023, con una duración de 10 meses hasta fines de enero de 2024. Se dividió en dos etapas: los primeros 2 meses en un centro de atención de primer nivel y los últimos 8 meses en el Hospital de Lima Este – Vitarte. Este trabajo detallará las experiencias vividas durante el internado médico en el Hospital de Lima Este – Vitarte y describirá 16 casos clínicos de las áreas mencionadas anteriormente, brindando una visión integral del hospital y los aprendizajes adquiridos durante la internatura.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

La carrera de medicina humana en nuestro país tiene una duración de siete años, durante los tres primeros años los alumnos llevan cursos teóricos aprendiendo así sobre el funcionamiento del cuerpo humano, etiologías o fisiopatología de las diversas enfermedades, entre otras cosas; a partir del cuarto año, los estudiantes comienzan con sus prácticas hospitalarias teniendo a la vez una base teórica que pondrán en práctica en el ámbito hospitalario. En el último año, el internado, se reforzarán todos los conocimientos previos y se mejorarán las habilidades que tenían. A diferencia de los años anteriores, en la etapa del internado, el alumno apoya al profesional de salud brindando posibles diagnósticos y sugiriendo distintos planes de trabajo para el correcto manejo de los pacientes.

En el presente trabajo se explican dieciséis casos clínicos, cuatro casos de cada especialidad: medicina interna, ginecología y obstetricia, cirugía general y pediatría. Casos que ayudaron a los autores a aprender a brindar un buen diagnóstico y un plan de trabajo adecuado.

1.1 Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º 1

Anamnesis

Paciente femenino de 55 años con antecedentes médicos que abarcan desde una parálisis facial a los 25 años, un diagnóstico de tumor facial hace dos décadas, hasta un episodio de epilepsia a los 40 años que la llevó a ser hospitalizada durante 15 días. Ingresó al hospital con una duración de enfermedad de alrededor de 16 horas, con un inicio insidioso y una evolución progresiva, manifestando un dolor cólico en la región del epigastrio e hipocondrio derecho que se extendía hacia la zona lumbar. Además, reporta vómitos biliosos en cuatro episodios.

Funciones biológicas: reducción del apetito, mantenimiento del patrón de sueño y conservación de la micción.

Niega alergias a medicamentos y niega haber sido intervenida quirúrgicamente.

Consume alcohol en reuniones sociales, niega consumo de tabaco.
Medicación habitual: fenitoina sódica (1 tableta al día).

Examen físico

Funciones vitales: presión arterial de 110/64 mmHg, frecuencia cardiaca de 88 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto, temperatura de 36.8 °C, saturación de 98 %, estatura 165 cm y peso de 68 kg.

Piel tibia, húmeda e hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, ictericia en escleras +/-+++.

Al examen regional de la cabeza se observa tumor semiduro de aproximadamente 10x6 cm, poco móvil, no doloroso a la palpación.

Sistema respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Sistema cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: Simétrico, no distendido, no globuloso, no circulación colateral. Ruidos hidroaéreos presentes. Blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio. No masas palpables.

Sistema nervioso: Orientada en tiempo, espacio y persona.

Impresión diagnóstica

- Síndrome doloroso abdominal
- D/c pancreatitis aguda vs colecistitis aguda.

Exámenes complementarios: Hemograma, glucosa, creatinina, urea, lipasa, amilasa, perfil hepático; además, se solicitó una ecografía de abdomen.

Resultados:

- Hemoglobina: 16.6
- Hematocrito: 50.9 %

- Plaquetas: 274 000
- Leucocitos: 10 700
- Amilasa: 1078 u/L
- Lipasa: 1125 u/L
- Bilirrubina total: 2.9
- Bilirrubina indirecta: 1.35
- Fosfatasa Alcalina: 432
- TGO: 1176
- TGP: 911

La ecografía abdominal superior proporciona confirmación de la existencia de barro biliar, sin embargo, no se observan indicios de inflamación en la pared de la vesícula. Considerando todos estos resultados, se opta por admitir a la paciente en el servicio de medicina interna para gestionar su tratamiento.

Caso clínico n.º 2

Anamnesis

Paciente femenina de 30 años con antecedentes médicos que comprenden fibrosis pulmonar diagnosticada hace 3 años y un episodio de tuberculosis pulmonar en ese mismo período, con tratamiento completo durante 6 meses, ingresa al área de emergencia. Presenta una duración de enfermedad de aproximadamente 24 horas, con un inicio insidioso y un desarrollo progresivo caracterizado por tos con expulsión de secreciones, dificultad respiratoria y aumento en la frecuencia respiratoria.

Funciones biológicas: apetito conservado, sed conservada, diuresis conservada

Niega alergias a medicamentos y niega intervenciones quirúrgicas.

Niega consumo de alcohol, niega consumo de tabaco. Medicación habitual: inhaladores, acetilcisteína. Oxígeno dependiente: 1L al dormir.

Examen físico

Funciones vitales: presión arterial de 110/60 mmHg, frecuencia cardiaca de 65 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto, temperatura de 37 °C, saturación de 83 %, estatura 155 cm y peso de 48 kg.

Piel tibia, húmeda e hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, no ictericia.

Al examen regional de la cabeza no se encuentran alteraciones.

Sistema respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares. Se auscultan crépitos difusos, roncales a predominio de bases. Polipnea.

Sistema cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. Ruidos hidroaéreos presentes.

Sistema nervioso: ubicada en tiempo, espacio y persona.

Impresión diagnóstica

- IRA crónica reagudizada: EPID exacerbado vs infectado
- Fibrosis pulmonar

Exámenes complementarios: Hemograma, creatinina, urea, análisis de gases arteriales; además, se solicitó una radiografía de tórax

Resultados:

- AGA: pH 7.4, pCO₂ 42, pO₂ 50.4, sO₂ 83, HCO₃ 25, PAFI 247.
- Hemoglobina: 14.7
- Hematocrito: 44.7 %
- Plaquetas: 398 000
- Segmentados: 74 %
- Linfocitos: 18 %

En la radiografía de tórax se evidencian tractos fibróticos en la extensión de ambos campos pulmonares.

Con todos los resultados y la saturación de la paciente se toma la decisión de hospitalizarla bajo la supervisión del servicio de medicina interna para su manejo.

Caso clínico n.º 3

Anamnesis

Paciente masculino de 23 años con iniciales J P R, ingresa por consultorio externo refiriendo que hace aproximadamente dos días comenzó a experimentar dolor de tipo punzante progresivo en la región lateral de la pierna que empeora al tocar zona afectada asociado a enrojecimiento, aumento de temperatura local y leve limitación funcional de la rodilla derecha debido al dolor. Niega haber sufrido traumatismos o haber recibido mordeduras. También, comenta que ha realizado picos febriles de hasta 38.5°C y alude haberse automedicado con paracetamol, pero sintomatología no disminuye.

Antecedentes:

- Personales: niega.
- Familiares: padre con hipertensión arterial, hermano menor con síndrome de Down.
- Quirúrgicos: niega.
- Hábitos nocivos: alcohol y tabaco socialmente, consumo de marihuana ocasionalmente.

Examen físico

Paciente en regular estado general, nutrición e hidratación.

Funciones vitales: la presión arterial se registra en 110/72 mmHg, la frecuencia cardíaca alcanza los 96 latidos por minuto, la frecuencia respiratoria se mantiene en 19 respiraciones por minuto, la temperatura corporal asciende a 38.1 °C, la saturación de oxígeno se sitúa en un 99 %, con un peso de 86 kg y una estatura de 180 cm

Piel y faneras: eritema y calor localizados en la región lateral de la pierna derecha, con edema y aumento de la sensibilidad al tacto.

Tórax y pulmones: se constata murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin la presencia de ruidos adicionales.

Cardiovascular: los ruidos cardíacos se registran como rítmicos, de buen tono e intensidad, sin la detección de soplos.

Abdomen: no se evidencia distensión abdominal, con presencia de ruidos hidroaéreos, abdomen blando, depresible y no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

Sistema musculoesquelético: se reporta restricción en la movilidad de la articulación de la rodilla derecha debido a la presencia de dolor.

Sistema nervioso central: la paciente se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona, con una puntuación de 15/15 en la Escala de Glasgow. No se observan signos meníngeos ni focalización.

Impresión diagnóstica

- Celulitis infecciosa.

Exámenes auxiliares

- Hemograma completo: leucocitos 14 600 mm³, segmentados 87 %, hemoglobina 14 h/dL, hematocrito 45 %, recuento de plaquetas: 350 000 mm³.
- PCR cuantitativa: 170 mg/dL
- Cultivo de partes blandas: positivo para *S. Aureus*.

Caso clínico n.º 4

Anamnesis

Paciente femenino de 69 años, con las iniciales M T Z, que al asistir a sus citas de hemodiálisis, menciona sentir una elevación térmica, asociado a malestar general y baja de presión arterial, lo que conduce a que el personal técnico del hospital la derive a la sala de emergencias.

Antecedentes:

Personales:

- Diagnosticada con diabetes *mellitus* tipo 2 durante los últimos 5 años y está bajo tratamiento con metformina.
- Desde hace 8 meses, se le ha diagnosticado hipertensión arterial y está recibiendo tratamiento con losartan.
- Desde hace 8 meses, padece de neuropatía diabética y está siendo tratado/a con gabapentina.
- Actualmente, se somete a hemodiálisis debido a una enfermedad renal crónica, sin especificación del grado.

Familiares: niega.

Quirúrgicos: niega.

Hábitos nocivos: niega.

FUR: Hace 14 años.

Examen físico

Paciente en aparente regular estado general, nutrición e hidratación.

Funciones vitales: La presión arterial se registra en 130/70 mmHg, la frecuencia cardíaca es de 89 latidos por minuto, la frecuencia respiratoria se mantiene en 19 respiraciones por minuto, la temperatura corporal es de 38.3 °C, la saturación de oxígeno alcanza el 98 %, con una estatura de 148 cm y un peso de 59 kg.

Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, presencia de catéter de alto flujo en femoral derecha, no ictericia, no cianosis.

Tórax y pulmones: Se constata que el murmullo vesicular es claro en ambos campos pulmonares, sin la detección de ruidos adicionales.

Cardiovascular: se auscultan ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

Sistema nervioso central: ubicado en tiempo, espacio y persona, no signos de focalización, no signos meníngeos.

Impresión diagnóstica

- Infección del tracto urinario.
- Enfermedad renal crónica en hemodiálisis.
- Diabetes *mellitus* tipo 2 controlada.
- Hipertensión arterial controlada.

Exámenes auxiliares

- Hemograma completo: leucocitos 10 549 mm³, hemoglobina 10.5 h/dL, hematocrito 38.9 %, recuento de plaquetas: 290 000 mm³.
- PCR cuantitativa: 145. 97 mg/dL.
- Examen de orina: más de 100 leucocitos por campo.
- Urocultivo: Se aísla *E. Coli BLEE*.

1.2. Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º 5

Anamnesis

Paciente masculino de 8 años con antecedentes de asma, quien estuvo hospitalizado durante un mes debido a una crisis asmática, es ingresado a la unidad de emergencia pediátrica. Presenta una duración de la enfermedad de aproximadamente 2 días, con un inicio insidioso y un curso progresivo que se manifiesta con tos acompañada de expulsión de secreciones, fiebre, congestión nasal y dificultad respiratoria.

Funciones biológicas: apetito conservado, sueño aumentado, orina conservada

Niega alergias a medicamentos y niega intervenciones quirúrgicas.

Examen físico

Funciones vitales: presión arterial de 90/60 mmHg, frecuencia cardiaca de 103 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 31 respiraciones por minuto,

temperatura de 37 °C, saturación entre 91-92 %, estatura 125 cm y peso de 36 kg.

Piel tibia, húmeda e hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis.

Al examen regional de cabeza no se evidencian alteraciones

Sistema respiratorio: murmullo vesicular pasa disminuido en ambos campos pulmonares, se auscultan sibilantes en ambos hemitórax a predominio de bases. Tiraje subcostal e intercostal.

Sistema cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. Ruidos hidroaéreos presentes.

Sistema nervioso: orientado en tiempo, espacio y persona.

Impresión diagnóstica

- Crisis asmática moderada
- D/c neumonía

Exámenes complementarios: Hemograma, PCR; además, se solicitó una radiografía de tórax.

Resultados:

- Hemoglobina: 12.5
- Hematocrito: 34.9 %
- Leucocitos: 14 790
- Abastionados: 4 %
- Segmentados: 86.5 %
- Linfocitos: 5.9 %

La radiografía muestra reforzamiento de la trama bronquial y patrón intersticial. Con todos los resultados se toma la decisión de hospitalizar al paciente en el servicio de pediatría para su manejo.

Caso clínico n.º 6

Anamnesis

Paciente femenina de 6 años, con antecedentes de infección urinaria en el pasado, es llevada al servicio de emergencia pediátrica. La duración de su enfermedad es de aproximadamente 3 días, con un inicio insidioso y un curso progresivo caracterizado por la persistencia de fiebre y malestar general.

Funciones biológicas: se observa una reducción del apetito, un aumento en la duración del sueño y una conservación normal de la micción.

Niega alergias a medicamentos y niega intervenciones quirúrgicas.

Examen físico

Funciones vitales: presión arterial de 90/60 mmHg, frecuencia cardiaca de 130 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto, temperatura de 38 °C, saturación de 99 %, estatura 110 cm y peso de 23 kg.

Piel tibia, húmeda e hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis.

Al examen regional de cabeza, el sistema respiratorio, el sistema cardiovascular, el sistema genitourinario, el sistema nervioso y sistema digestivo no presentan alteraciones.

Impresión diagnóstica

- Pielonefritis aguda
- D/c malformaciones de vías urinarias

Exámenes complementarios: Hemograma, PCR, examen de orina; además, se solicitó una ecografía renal.

Resultados

- Hemoglobina: 9.9
- Hematocrito: 29.3 %
- Plaquetas: 342 000
- Leucocitos: 32 260

- Abastionados: 4 %
- Sedimento de orina: leucocitos de 30-40 por campo, hematíes 1-4 por campo.

La ecografía renal muestra riñones ecográficamente normales.

Con todos los resultados mencionados, se decide hospitalizar a la paciente en el área de pediatría para su manejo.

Caso clínico n.º 7

Anamnesis

Paciente masculino de 9 meses de edad, acude con su madre por presentar desde hace 4 días deposiciones líquidas, vómitos, fiebre y tos.

- 4 días antes del ingreso: acude a emergencia por presentar 4 deposiciones líquidas sin moco, sin sangre, asociado a fiebre cuantificada en 38.5°C y 3 vómitos de contenido alimentario por lo que acude a emergencia donde recibe hidratación EV y es dado de alta con indicación de azitromicina.
- 3 días antes del ingreso: persisten deposiciones líquidas (4 cámaras) con moco, sin sangre en menor volumen, presenta 4 vómitos de contenido alimentario. Solo tolera líquidos. Inicia tos seca esporádica asociada a congestión nasal.
- 2 días antes del ingreso: fiebre cuantificada en 38°C a predominio nocturno. Continúa diarrea (4 cámaras), vómitos (2 en 24 horas) y se agrega hiporexia. Tolerancia solo líquidos
- 1 día antes del ingreso: fiebre cuantificada en 39.5°C que no cede con antipiréticos (bajaba 2 horas y regresaba a pesar de tratamiento). Persisten deposiciones líquidas (03), vómitos (04), tos seca y congestión nasal.
- Día del ingreso: fiebre persiste en 39.5 °C a pesar de antipiréticos, acompañada de vómitos y diarrea, motivo por el cual madre acude nuevamente a emergencia.

Antecedentes:

Personales:

- Prenatales: producto de segunda gestación, CPN: 4, ITU (-), VV (-).
- Natales: parto por cesárea a las 34 semanas de gestación por preeclampsia severa, APGAR 6-8, peso al nacer 1 574 gr, talla 40 cm, perímetro cefálico 29 cm.
- Postnatales: inmunizaciones incompletas. Hospitalización en UCI neo por 30 días al nacer por prematuridad y apnea. Hospitalización por 10 días a los 2 meses de edad por neumonía viral, recibió O2 por cánula binasal.

Familiares: madre con HTA, padre y hermano con asma.

Quirúrgicos: niega

Examen físico:

Funciones biológicas:

- Apetito: disminuido
- Orina: normal
- Deposiciones: líquidas, 3-4/día
- Sueño: aumentado

Funciones vitales: frecuencia respiratoria de 110 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 21 respiraciones por minuto, temperatura de 39.5°C, saturación de 99 %, peso de 9 160 gr.

Piel y faneras: tibia y elástica, llenado capilar < 2 segundos, no ictericia, palidez o cianosis. Mucosas poco hidratadas, ojos hundidos +/-++.

Orofaringe: eritematosa, no placas.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados, amplexación conservada, no tirajes.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: globuloso, distendido, ruidos hidroaéreos aumentados

Neurológico: dormido, reactivo a estímulos táctiles

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: hemoglobina 10.2 g/dL (VCM 71.1, HCM 23.1), hematocrito 32 %, leucocitos 49 900 mm³ (A: 9 %, S: 77 %, L: 10 %), plaquetas 435 000 mm³
- Glucosa: 69 mg/dL, urea: 17.47 mg/dL, creatinina: 0.36 mg/dL
- TGO: 24
- Electrolitos: Na 140, K 4.7, Cl 108
- Antígeno COVID19 (+)
- Examen de orina: leucocitos 80-100/campo, células epiteliales 1-2/campo, hematíes 40-60/campo, Hb (++) , nitritos (+), albúmina (++)

Impresión diagnóstica:

- Deshidratación moderada
- Diarrea aguda infecciosa
- Infección de tracto urinario
- Infección por SARS-COV2
- Anemia moderada microcítica hipocrómica

Caso clínico n.º 8

Anamnesis

Paciente masculino de 1 año y 3 meses el cual es ingresado por emergencia acompañado de madre por presencia de tos con expectoración con cuatro días de evolución. En la madrugada del ingreso madre refiere que cursa con vómitos asociados a la tos y sensación de alza térmica.

Antecedentes:

- Personales: niega.
- Familiares: niega.
- Quirúrgicos: niega.

Medicación habitual: ninguna.

Examen físico

Paciente en aparente regular estado general, nutrición e hidratación.

Funciones vitales: frecuencia cardiaca de 158 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 50 respiraciones por minuto, temperatura de 37.8 °C, saturación de oxígeno de 95 %.

Piel y faneras: piel tibia, hidratada, elástica, no signos de deshidratación, no ictericia, no cianosis.

Tórax y pulmones: a la auscultación se identifica subcrepitos en ambos hemitórax.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: globuloso, blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no aparenta dolor a la palpación profunda ni superficial.

Sistema nervioso central: Paciente despierto, conectado con el entorno.

Impresión diagnóstica

Insuficiencia respiratoria aguda:

- Neumonía viral con hiperreactividad bronquial vs crisis asmática.

Exámenes auxiliares

- Proteína C reactiva: 3.96
- Hemograma: hemoglobina: 11.9, leucocitos: 7.6 (abastados: 0 %, segmentados: 74.5 %)
- Sedimento de orina: no patológico

1.3. Rotación en Cirugía

Caso clínico n.º 9

Anamnesis

Paciente masculino de 27 años, sin antecedentes médicos relevantes, es ingresado al hospital después de experimentar síntomas durante

aproximadamente 24 horas. El inicio de la enfermedad es insidioso y se caracteriza por un dolor tipo cólico de moderada intensidad en el área del epigastrio, que se desplaza hacia la fosa iliaca derecha 12 horas antes de su admisión. Además, presenta falta de apetito, náuseas sin vómitos y una sensación de aumento térmico no cuantificada.

Funciones biológicas: apetito disminuido, sed conservada, sueño conservado

Niega alergias a medicamentos y niega intervenciones quirúrgicas.

Consume alcohol esporádicamente, niega consumo de tabaco. Niega medicación habitual.

Examen físico

Funciones vitales: presión arterial de 129/76 mmHg, frecuencia cardiaca de 85 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 16 respiraciones por minuto, temperatura de 36.6 °C, saturación de 98 %, estatura 1.76 cm y peso de 87 kg.

Piel tibia, húmeda e hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, no ictericia.

Al examen regional de la cabeza no se evidencian alteraciones

Sistema respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

Sistema cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: simétrico, no distendido, no globuloso. Ruidos hidroaéreos presentes. Blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, Mc Burney (+), Morris (+). Timpanismo conservado.

Sistema nervioso: orientado en tiempo, espacio y persona.

Impresión diagnóstica

- Síndrome doloroso abdominal
- D/c apendicitis aguda

Exámenes complementarios: hemograma, glucosa, creatinina, urea, grupo sanguíneo, además, se solicitó una ecografía de abdomen inferior.

Resultados:

- Hemoglobina: 14.7
- Hematocrito: 44.6 %
- Plaquetas: 293 000
- Leucocitos: 16 320
- Segmentados: 69 %

La ecografía abdominal inferior muestra signos inflamatorios sugerentes de apendicitis aguda.

Con los resultados se decide hospitalizar al paciente en área de cirugía general para manejo quirúrgico.

Caso clínico n.º 10

Anamnesis

Paciente masculino de 86 años con antecedente de hernia inguinal derecha diagnosticada hace 2 años. Ingresa al hospital con un tiempo de enfermedad de 3 días de inicio insidioso y curso progresivo caracterizado por dolor intenso y aumento de volumen en región inguinal derecha, además refiere náuseas y vómitos en más de 3 oportunidades

Funciones biológicas: apetito disminuido, sed conservada, sueño conservado

Niega alergias a medicamentos y niega intervenciones quirúrgicas.

Consume alcohol esporádicamente, niega consumo de tabaco. Niega medicación habitual.

Examen físico

Funciones vitales: presión arterial de 137/71 mmHg, frecuencia cardiaca de 95 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 19 respiraciones por minuto,

temperatura de 36.5 °C, saturación de 97 %, estatura 1.55 m y peso de 64 kg.

Piel tibia, húmeda e hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, no ictericia.

Al examen regional no se evidencian alteraciones

Sistema respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

Sistema cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos.

Abdomen: simétrico, ligeramente distendido, no globuloso. Ruidos hidroaéreos disminuidos. Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. Timpanismo conservado. En región inguinal derecha se palpa masa de 8 x 5 cm, irreductible, dolorosa a la palpación, sin cambios de coloración.

Sistema nervioso: orientado en tiempo, espacio y persona.

Impresión diagnóstica

- Hernia inguinal derecha incarcerada

Exámenes complementarios: hemograma, glucosa, creatinina, urea, grupo sanguíneo, además, se solicitó una ecografía de partes blandas de región inguinal.

Resultados:

- Hemoglobina: 11.5
- Hematocrito: 35 %
- Plaquetas: 233 000
- Leucocitos: 7080
- Segmentados: 80 %

La ecografía de partes blandas muestra en región inguinal hernia que no reduce a la maniobra de Valsalva, el saco herniario mide 53x19 mm, cuello herniario mide 15 mm. Conclusión: hernia incarcerada al momento del estudio.

Con los resultados se decide hospitalizar al paciente en área de cirugía general para manejo quirúrgico.

Caso clínico n.º 11

Anamnesis

Paciente masculino de 75 años con las iniciales C C F que ingresa a consultorio externo refiriendo que desde hace 1 año presenta dolor en región inguinal asociado a la presencia de una tumoración la cual ha estado afectando su vida cotidiana y ha ido aumentando de tamaño con el pasar de los días.

Antecedentes:

- Personales: hipertensión arterial en tratamiento irregular.
- Familiares: madre fallecida por hepatocarcinoma, esposa fallecida por accidente cerebro vascular.
- Quirúrgicos: nefrectomía total izquierda en 1976, hernioplastia inguinal derecha en 2019.

Examen físico

Paciente en aparente regular estado general, nutrición e hidratación.

Funciones vitales: presión arterial de 130/80 mmHg, frecuencia cardiaca de 69 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, temperatura de 37.3°C, saturación de oxígeno de 99 %, peso 53 kg, talla 158 cm.

Piel y faneras: piel tibia, hidratada, elástica, no se aprecia ictericia ni cianosis.

Tórax y pulmones: se ausculta el murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, no se oyen ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: asimétrico, no globuloso, no distendido, se aprecia cicatriz operatoria de aproximadamente 5 x 1 cm en región inguinal derecha, ruidos

hidroaéreos presentes, blando depresible, no doloroso a la palpación, timpanismo conservado.

Región inguinal: se aprecia tumoración en zona izquierda de aproximadamente 3 x 4 cm, reductible, sin cambios de coloración.

Sistema nervioso central: despierto, ubicado en tiempo espacio y persona, no focalización, no signos meníngeos.

Impresión diagnóstica

- Hernia inguinal izquierda.

Exámenes auxiliares

- Hemograma: leucocitos 9820 mm³, hemoglobina 13 h/dL, hematocrito 42 %, recuento de plaquetas: 260 000 mm³.
- Glicemia 96 mg/dL, urea 21 mg/dL, creatinina 0.9 mg/dL.
- Examen de orina: no patológico.

Caso clínico n.º 12

Anamnesis

Paciente masculino de 27 años con las iniciales Y Z C que es llega a la emergencia luego de sufrir agresión por terceros con objeto contuso (bate de beisbol) en pierna derecha luego de salir de un evento nocturno. Ingresa comentando dolor intenso en extremidad afectada, pérdida de la funcionalidad, aumento de volumen y cambio de coloración.

Antecedentes:

- Personales: niega.
- Familiares: niega.
- Quirúrgicos: niega.

Examen físico

Paciente en aparente regular estado general, nutrición e hidratación.

Funciones vitales: presión arterial de 110/80 mmHg, frecuencia cardiaca de 87 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 21 respiraciones por minuto, temperatura de 36.9°C, saturación de oxígeno de 99 %, peso 85 kg, talla 178 cm.

Piel y faneras: piel tibia, hidratada, elástica, no se aprecia ictericia ni cianosis.

Tórax y pulmones: se ausculta el murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, no se oyen ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: simétrico, leve globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

Sistema locomotor: región de pierna derecha con aumento de volumen, se logra apreciar deformidad en tercio medio, cambio de coloración, dolor intenso a la movilización y palpación de la extremidad. Pulso y sensibilidad distal conservada.

Sistema nervioso central: despierto, ubicado en tiempo espacio y persona, no focalización, no signos meníngeos.

Impresión diagnóstica

- Fractura diafisaria de tercio medio de tibia derecha.

Exámenes auxiliares

- Hemograma: leucocitos 9230 mm³, hemoglobina 12.7 h/dL, hematocrito 45 %, recuento de plaquetas: 280 000 mm³.
- Glicemia 109 mg/dL, urea 19 mg/dL, creatinina 0.7 mg/dL.
- Examen de orina: no patológico.
- Radiografía de pierna derecha: Se aprecia trazo de fractura desplazada en tercio medio de tibia derecha.

1.4 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 13

Anamnesis

Paciente gestante de 32 años, con antecedente de cesárea hace 5 años acude a emergencia con tiempo de enfermedad de 3 días, por presentar dolor de moderada intensidad en zona lumbar, escaso sangrado vaginal, náuseas y vómitos en 3 oportunidades.

La paciente refiere que la fecha de última regla fue el 08/10/23, edad gestacional es de 12.6 semanas por ecografía del primer trimestre. Su fecha probable de parto es el 14/07/24 y su fórmula obstétrica es G3P2012.

Examen físico

Funciones vitales: presión arterial de 100/60 mmHg, frecuencia cardiaca de 85 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, temperatura de 38°C, saturación de 98 %.

Piel hidratada, elástica, tibia con un llenado capilar <2" sin palidez, ni ictericia.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda y con ruidos hidroaéreos presentes.

Tracto genitourinario: al tacto vaginal no se evidencia sangrado, ni cambios cervicales. PPL derecho +

Sistema nervioso: lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona

Exámenes complementarios: hemograma, examen de orina, glucosa, urea, creatinina; además, se solicita una ecografía transvaginal.

Resultados:

- Hemoglobina: 13.9
- Hematocrito: 41 %
- Plaquetas: 176 000
- Leucocitos: 16 300
- Sedimento urinario: leucocitos: > 100 x campo, hematies: 6-8 x campo.

Informe de ecografía TV: Gestación de 12.6 semanas por LCN, saco gestacional de 7 cm. LCF: presentes.

Con el cuadro clínico de la paciente y exámenes auxiliares se planteó el diagnóstico de pielonefritis y se decide hospitalizar a la paciente en el servicio de ginecología y obstetricia para su manejo.

Caso clínico n.º 14

Anamnesis

Paciente gestante de 28 años, sin antecedentes de importancia acude a emergencia con tiempo de enfermedad de 3 días, refiere pérdida de líquido, niega contracciones uterinas, niega sangrado, percibe movimientos fetales.

La paciente refiere que la fecha de última regla fue el 23/04/23, edad gestacional es de 39.4 semanas por ecografía del primer trimestre. Su fecha probable de parto es el 29/02/2024 y su fórmula obstétrica es G2002.

Examen físico

Funciones vitales: presión arterial de 100/55 mmHg, frecuencia cardiaca de 82 latidos por minutos, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto, temperatura de 37°C, saturación de 99 %.

Piel hidratada, elástica, tibia con un llenado capilar <2" sin palidez, ni ictericia.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: ocupado por útero grávido.

Al tacto vaginal no se evidencian cambios cervicales, no dilatación uterina, no se evidencia sangrado, se evidencia líquido claro sin mal olor.

Sistema nervioso: La paciente se encuentra lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona

Exámenes complementarios: hemograma, examen de orina, glucosa, urea, creatinina; además, se solicita una ecografía obstétrica.

Resultados:

- Hemoglobina: 12.1
- Hematocrito: 37 %
- Plaquetas: 184 000
- Leucocitos: 10 160
- Glucosa: 81

Informe de ecografía obstétrica: feto único, de posición longitudinal cefálica izquierda, ponderado fetal: 3615 gramos, placenta de ubicación anterior, grado III, valoración de líquido: ILA 4.8, pozo mayor: 1.28 cm

Con el cuadro clínico de la paciente y exámenes auxiliares se planteó el diagnóstico de gestante de 39.4 semanas con RPM de >48 horas y oligohidramnios, por lo que se decide hospitalizar a la paciente en el servicio de ginecología y obstetricia para manejo.

Caso clínico n.º 15

Anamnesis

Paciente femenina de 44 años, acude por consultorio externo de infertilidad debido a que hace aproximadamente 1 año cursa con deseos genésicos, refiere nunca haber usado métodos anticonceptivos y en el último año aumentó la frecuencia de las relaciones sexuales con su pareja entre 3 a 5 por semana; a pesar de los intentos, lleva un año sin poder concebir. Niega

síntomas o molestias. Se le realizan estudios encontrándose pólipo endometrial por lo que se decide programar para SOP.

Antecedentes:

- Familiares: hipertensión arterial (abuela materna), diabetes *mellitus* (padre)
- Personales: niega
- Quirúrgicos: niega
- Gineco-obstétricos: G0 P000, FUR: 30/12/23, RC: 4/28, PAP: (-) 2023, parejas sexuales: 01.

Examen físico:

Funciones vitales: presión arterial de 110/70 mmHg, frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto, temperatura de 37°C, saturación de 98 %, Peso: 81.2 kg

Estado general: aparente regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación.

Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación.

Tacto vaginal:

- Útero: AVF de aproximadamente 7 cm.
- Cervix: posterior, 2 cm, blando, orificio cerrado

Neurológico: LOTEPE, EG 15/15.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: hemoglobina 12.3 g/dL, hematocrito 36.8 %, leucocitos 6500 mm³, plaquetas 347 000 mm³
- Grupo y factor: O+
- Glucosa: 90 mg/dL, creatinina: 0.55
- VDRL no reactivo, VIH no reactivo
- Urocultivo negativo
- Perfil de coagulación sin alteraciones
- FSH: 6.36 mUI/ml, prolactina: 18.6 ng/ml, insulina: 9.6 uIU/ml
- Ecografías:

24/01/23: Histerosalpingografía: ambas trompas permeables

25/01/23: Mioma grado 0 en pared anterior 9.8x7 mm y fúndico de 2.2x3 mm

05/08/23: útero de 82x40x53 mm, endometrio heterogéneo de 5 mm con pólipo de 5x4 mm.

14/08/23: Histerosonografía: útero retroversoflexo de 36x43x51mm con mioma submucoso de 56x37mm en cara posterior y mioma de 21x25mm en cara anterior, endometrio trilaminar de 8 mm con pólipo endometrial 12x5x7 mm en cara anterior.

Impresión diagnóstica:

Infertilidad primaria: factor uterino

- Miomatosis uterina
- Pólipo endometrial

Caso clínico n.º 16

Paciente femenino de 28 años primigesta la cual es traída a la emergencia por su pareja quienes refieren desde hace 1 día cursa con presencia de dolor abdominal bajo asociado a sangrado el cual mancha la ropa interior, niega otra sintomatología.

Antecedentes:

- Personales: niega.
- Familiares: niega.
- Quirúrgicos: niega.

Medicación habitual: niega.

Examen físico:

Paciente en aparente regular estado general, hidratación y nutrición.

Funciones vitales: presión arterial de 105/65 mmHg, frecuencia cardiaca de 79 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 19 respiraciones por minuto, temperatura de 37°C, saturación de oxígeno de 99 %.

Piel y faneras: piel tibia, hidratada, elástica, no signos de deshidratación, no ictericia, no cianosis.

Tórax y pulmones: a la auscultación se identifica el murmullo vesicular audible en ambos hemitórax, no se identifican ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: no globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, dolor a la palpación profunda en hipogastrio de intensidad 7/10.

Especuloscopía: Se evidencia cuello uterino cerrado con presencia de leve sangrado y coágulos en paredes vaginales.

Sistema nervioso central: ubicado en tiempo, espacio y persona. Escala de Glasgow 15/15. No signos meníngeos, no focalización.

Impresión diagnóstica

- Aborto incompleto.

Exámenes auxiliares

- Hemoglobina en 10.5 gr/dL, leucocitos en 700, plaquetas en 310 000
- Beta-hCG cuantitativa (01/01/24): 3000 mUI/ml
- Beta-hCG cuantitativa (05/01/24): 430 mUI/ml
- Examen de orina: negativo.

- Ecografía: se evidencia un útero en posición de anteversoflexión de 7x5 cm, con cavidad uterina con restos heterogéneos de 5 mm y no se presencia de actividad cardíaca; anexos sin alteraciones; se concluye como aborto incompleto.

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

A diferencia de años previos a la pandemia, la duración del internado médico se extendió a 10 meses, abarcando desde el 1 de abril de 2023 hasta el 31 de enero de 2024. A lo largo de este periodo, se adquirieron habilidades en diversas especialidades médicas en el hospital, como Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Ginecología y Obstetricia. Las responsabilidades clave de los internos de medicina durante este lapso incluyeron la elaboración, actualización y registro de historias clínicas, la asistencia en procedimientos de diagnóstico y tratamiento, el seguimiento de la evolución de pacientes hospitalizados, la realización de procedimientos médicos e intervenciones menores, entre otras funciones, todo ello bajo la supervisión de profesionales de la salud. El objetivo fue desarrollar las competencias esenciales para ejercer la medicina como médico cirujano.

Los casos presentados se desarrollaron en el Hospital Lima Este - Vitarte, ubicado en el distrito de Ate y perteneciente a la DIRIS Lima Este. En el año 2023, fue clasificado como hospital de categoría III-E, ofreciendo atención en diversas especialidades médicas (medicina interna, endocrinología, neurología, neumología, gastroenterología, entre otras) y quirúrgicas (cirugía general, cirugía plástica, cirugía de tórax y cardiovascular, etc.) (2).

Cabe destacar que todos los casos fueron recopilados durante las distintas rotaciones realizadas como internos en el Hospital Nacional Lima – Este Vitarte, que abarcó las áreas de pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y medicina interna. En cada servicio, se seleccionaron los casos más representativos y frecuentes durante el transcurso del internado médico

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación en Medicina Interna

Discusión de caso clínico n.º 1

Finalmente, el diagnóstico definitivo de este primer caso era pancreatitis aguda leve de etiología biliar.

Plan de trabajo:

1. NPO
2. Dextrosa 5 % 1000 cc
3. Omeprazol 40 mg cada 12 horas
4. Metamizol 1 gr EV cada 8 horas
5. Escopolamina 20 mg EV cada 8 horas
6. Dimenhidrinato 50 mg EV cada 8 horas
7. Tramadol 50 MG EV PRN a dolor intenso
8. Control de funciones vitales

La paciente refirió disminución del dolor, empezó tolerancia oral a los dos días siguientes de la hospitalización, evolucionó favorablemente y fue dada de alta 5 días después de su ingreso.

La pancreatitis aguda figura entre los trastornos gastrointestinales más prevalentes que requieren hospitalización. En alrededor del 50 % de los casos, la causa principal de esta condición son los cálculos biliares o el barro biliar, mientras que la etiología alcohólica ocupa el segundo lugar en frecuencia, afectando aproximadamente al 40 % de los pacientes. Menos comúnmente, la pancreatitis aguda puede derivar del uso de medicamentos, procedimientos médicos, traumas o intervenciones quirúrgicas previas (3).

Debemos elaborar un correcto diagnóstico identificando la clínica del paciente que se caracteriza por dolor de gran intensidad y de inicio brusco en epigastrio irradiado hacia la zona dorsal; además de, los exámenes complementarios: amilasa y lipasa valores elevados tres veces por encima de su valor normal y también nos puede ayudar los estudios de imágenes: la ecografía abdominal donde se pueden evidenciar los cálculos en la vesícula o barro biliar, también

la tomografía axial computarizada que además del diagnóstico, puede ayudar a establecer la severidad (3).

El manejo de esta patología es sintomático e individualizado, se basa en:

- Rehidratación agresiva, pilar en la etapa inicial del tratamiento, recomendable para disminuir morbilidad y mortalidad.
- Nutrición temprana, enfoques recientes indican un inicio precoz (primeras 24 horas) de la nutrición.
- Analgesia adecuada.
- Evitar el uso de antibióticos en formas leves (4).

Discusión de caso clínico n.º 2

El diagnóstico definitivo en este caso clínico era insuficiencia respiratoria crónica reagudizada: EPID exacerbado.

Plan de trabajo:

1. Dieta blanda + líquidos a voluntad
2. Ceftazidima 2 gr EV cada 8 horas
3. Ciprofloxacino 400 mg EV cada 12 horas
4. Salbutamol 4 puff cada 8 horas
5. Bromuro de ipatropio 4 puff cada 8 horas
6. Budesonida 2 puff cada 12 horas
7. Hidrocortisona 100 mg EV cada 8 horas
8. Acetilcisteína 600 mg VO cada 8 horas
9. O₂ por cánula binasal si saturación es menor de 90 %
10. Control de funciones vitales (especialmente la saturación)

El manejo del paciente fue de antibioticoterapia EV por 10 días, inhaladores, acetilcisteína para manejo de secreciones y oxigenoterapia. La paciente presentó mejoría clínica y después de 10 días fue dada de alta.

La insuficiencia respiratoria crónica reagudizada se define como la patología que se presenta en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica, pero se presenta una situación que la descompensa.

Dentro de los factores de riesgo de la IR se encuentran los modificables como consumo de sustancias nocivas (drogas, alcohol), obesidad, fibrosis pulmonar, neumonías severas, EPOC o incluso traumas y dentro de los factores no modificables tenemos la edad mayor de 65 años y patologías congénitas (5).

Se debe sospechar de la presencia de esta patología por los signos de hipoxia o hipercapnia. El síntoma principal en este caso es la disnea que puede pasar desapercibido en pacientes que tienen enfermedad pulmonar previa (5).

La prueba complementaria que nos ayuda a diagnosticar esta patología es el análisis en gases arteriales (AGA) que; además, apoya a describir la severidad, si se presenta hipercapnia o si existe alguna alteración del equilibrio ácido-base. Criterio diagnóstico: $PaO_2 < 60$ mmHg y $PaCO_2 > 50$ mmHg (5).

Los exámenes de laboratorio o exámenes de imágenes que podemos solicitar son hemograma para evaluar la presencia de leucocitosis, urea y creatinina para evaluar la función renal y radiografía de tórax que nos permite identificar diagnósticos diferenciales.

En el tratamiento, tenemos las medidas generales y el manejo clínico:

- Paciente en posición semisentado
- Monitorizar funciones vitales predominantemente la saturación de oxígeno
- Aportar apoyo oxigenatorio
- Se debe abordar la patología base
- Medidas de soporte enfocadas en una adecuada oxigenación de los pacientes (5).

Discusión de caso clínico n.º 3

El diagnóstico definitivo en este caso era celulitis infecciosa en pierna.

Plan de trabajo:

1. Dicloxacilina 500 mg VO cada 6 horas por 10 días.

2. Paracetamol 1 g VO cada 8 horas por 2 días, luego condicional a dolor.
3. Control por consultorio externo en 3 días.
4. Acudir por emergencia si hay empeoramiento o síntomas no ceden.

La celulitis infecciosa se presenta como una infección bacteriana aguda que compromete la piel y el tejido celular subcutáneo, evidenciándose mediante signos como enrojecimiento, aumento de la temperatura local, hinchazón y dolor. Aunque su origen suele ser bacteriano, principalmente vinculado a patógenos como *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*, también puede ser desencadenada por otros microorganismos (6).

La incidencia de la celulitis infecciosa experimenta variaciones según la región geográfica y los factores de riesgo asociados. Las comunidades con mayores índices de esta afección suelen abarcar a personas afectadas por enfermedades crónicas, como la diabetes, la insuficiencia venosa crónica o trastornos inmunosupresores. Además, se observa un aumento en la incidencia en áreas caracterizadas por climas cálidos y húmedos, lo que propicia la multiplicación de bacterias (7).

La presentación clínica se caracteriza por enrojecimiento de la piel, calor, dolor y edema en la zona afectada. También puede ser asociada a fiebre y a malestar general. En casos más severos, esta patología podría progresar ocasionando un absceso o, incluso, una infección sistema.

El diagnóstico será principalmente basado en una buena realización de historia clínica, enfocándolo en los signos y síntomas mencionados anteriormente y antecedentes de factores de riesgo. También puede ser apoyado por exámenes de laboratorio como análisis sanguíneos para verificar si existe respuesta inflamatoria, además de pruebas de piel o pus para determinar el agente causal y la sensibilidad antibiótica.

El pilar del tratamiento será la antibioticoterapia, la cual se debe iniciar empíricamente direccionado hacia los patógenos más comunes como los mencionados anteriormente y por la gravedad de los casos. Los antibióticos

más comúnmente utilizados pertenecen a la familia de las cefalosporinas, penicilinas y fluoroquinolonas. Se debe tener en cuenta que se tiene que completar el tratamiento por los días indicados evitándose así la resistencia bacteriana. Asociado al tratamiento antibiótico se dará manejo para el dolor el cual incluye analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos. Se indica también reposo y la elevación de la extremidad afectada para reducir así el edema. Y en casos muy graves o recurrentes se debe plantear la idea de la intervención quirúrgica para drenar abscesos (8).

Esta vez vemos un caso que se nos presenta en consultorio externo, el cual se caracteriza por una clínica que nos orienta hacia el diagnóstico y con lo que los exámenes auxiliares lo confirman, pero en este caso al evaluar al paciente y no haber indicaciones para hospitalización se decide dar el tratamiento por vía oral indicándole los signos de alarma por los cuales tendría que acercarse al hospital.

Discusión de caso clínico n.º 4

El diagnóstico definitivo en este caso era Infección del tracto urinario *E. Coli* BLEE positivo.

Plan de trabajo:

1. Se hospitaliza.
2. Dieta para paciente renal: proteínas 1.5gr/día, Na < 2gr/día, K < 40 meq/K, fosforo < 800 mg/día. VT: 1000 ml.
3. Catéter venoso periférico.
4. Imipenem 500 mg EV cada 8 horas.
5. Eritropoyetina 400 UI Sc 3 veces por semana.
6. Tiamina 100 mg VO cada 24 horas.
7. Piridoxina 50 mg VO cada 24 horas.
8. Acido fólico 0.5 mg 2 tabletas VO cada 24 horas.
9. Amlodipino 5 mg VO cada 12 horas.

10. Paracetamol 1 g VO condicional a temperatura mayor o igual a 38°C.

11. Control de funciones vitales más balance hidroelectrolítico.

Se define infección del tracto urinario (ITU) como la patología que afecta el sistema urinario, involucrando la vejiga (cistitis) o los riñones (pielonefritis). Se caracteriza por la presencia de microorganismos, comúnmente bacterias (*E. Coli*), en la uretra, vejiga o riñones, causando síntomas urinarios como dolor al orinar, frecuencia urinaria y malestar abdominal.

Esta enfermedad sigue siendo un interés común de la salud pública, debido a que afecta a personas en cualquier rango de edad. La epidemiología va a variar según características como la edad, género, entre otros factores de riesgo. Aunque la prevalencia sigue siendo mayor en mujeres y población geriátrica (9).

El diagnóstico se realizará mediante la sintomatología clínica y las pruebas de laboratorio como el examen de orina o el urocultivo, siendo este último aun la prueba más confiable para un correcto diagnóstico (10). La pronta identificación del patógeno y su sensibilidad a los antibióticos son cruciales para un tratamiento efectivo. La terapia antimicrobiana, generalmente basada en la susceptibilidad bacteriana, es el pilar del tratamiento.

El tratamiento será primordialmente con uso de antibióticos que serán seleccionados bajo su susceptibilidad bacteriana. Entre las opciones más usadas se incluyen fármacos como ciprofloxacino, trimetoprim – sulfametoxazol y nitrofurantoina. La duración del tratamiento variara entre 7 a 14 días, dependiendo de la gravedad del caso. Es crucial completar el curso completo de antibióticos para prevenir recurrencias y resistencia bacteriana (11).

En el caso del tratamiento de la *Escherichia Coli* productor de betalactamasas de espectro extendido (BLEE), sigue siendo un reto debido a la múltiple resistencia a antibióticos que presenta. Entre los fármacos más utilizados tenemos los Carbapenems, tales como meropenem e imipenem, pero deberán ser de uso responsable para no generar resistencia. Sin embargo,

aun el tratamiento será individualizado basándose en las pruebas de resistencia antibiótica (12).

En el caso presentado la paciente al ser una paciente mujer y geriátrica ya cumple con factores de riesgo para contraer esta patología, por lo que correctamente se le decide tomar un urocultivo el cual sale positivo a *E. Coli BLEE* por lo cual se decide su hospitalización y tratamiento acorde a la sensibilidad antibiótica.

3.2 Rotación en Pediatría

Discusión de caso clínico n.º 5

El diagnóstico definitivo de este caso era crisis asmática moderada y neumonía bacteriana.

Plan de trabajo:

1. Dieta blanda + líquidos a voluntad
2. Ceftriaxona 1.6 gr EV cada 12 horas
3. Metilprednisolona 20 mg EV cada 6 horas
4. Nebulizaciones con salbutamol 20 gotas + 4 cc SF cada 20 minutos por 3 veces luego cada 3 horas
5. Fluticasona + salmeterol 250 ug: 2 puff cada 12 horas por aerocámara
6. Oxígeno para mantener saturación >92 %
7. Vigilar patrón respiratorio
8. Posición semisentada
9. Control de funciones vitales

El paciente recibió 5 dosis de antibioticoterapia endovenosa además de las nebulizaciones y el soporte oxigenatorio para mantener una adecuada saturación, evolucionó favorablemente y se le dio de alta.

La neumonía adquirida en la comunidad se define como una patología pulmonar aguda que se adquirió fuera del ambiente hospitalario 24-48 horas antes del ingreso.

Dentro de la etiología en el área de pediatría tenemos fundamentalmente a las neumonías virales seguida de las neumonías bacterianas dentro de la cual tenemos al *Streptococcus pneumoniae* como principal agente bacteriano (13).

En la clínica de esta patología tenemos sintomatología que dura más de 72 horas, saturación de oxígeno por debajo de 96 %, fiebre, taquipnea y tos. En el examen físico también se evidencia el esfuerzo respiratorio, aleteo nasal, tiraje subcostal o intercostal. También, a la auscultación pulmonar se puede notar que el murmullo vesicular pasa disminuido o incluso crépitos (13).

La radiografía de tórax para el diagnóstico de NAC no deberá ser solicitada en pacientes pediátricos en lo que exista sospecha clínica, será indicada en el caso que haya duda con el diagnóstico o exista una evolución desfavorable en el paciente (13).

Las medidas de sostén están determinadas por:

- Correcta medida postural (semisentado).
- Adecuada hidratación en pacientes pediátricos que no toleran vía oral o puedan presentar deshidratación.
- Manejo adecuado de la $T^{\circ} > 38^{\circ}\text{C}$ y del dolor.
- Conservar saturación $> 92\%$, de lo contrario brindar apoyo oxigenatorio (13).

Discusión de caso clínico n.º 6

El diagnóstico definitivo de este caso era pielonefritis aguda. Además de la anemia leve que presenta.

Plan de trabajo:

1. Dieta blanda + líquidos a voluntad
2. Dextrosa 5 % 1000 cc + ClNa 20 % 40 ml + ClK 20 % 10 ml -> 35 ml/h
3. Ceftriaxona 1.1 gr EV cada 12 horas
4. Metamizol 575 mg EV PRN temperatura mayor o igual a 38°C
5. Control de funciones vitales

La pielonefritis aguda se define como una infección urinaria alta que afecta al parénquima del riñón y los uréteres (14).

Entre los síntomas más característicos de esta patología tenemos a la fiebre, generalmente por encima de 38°C. Como sabemos que las infecciones urinarias se presentan con gran frecuencia en pacientes pediátricos, es recomendable que a los menores de 2 años que presenten fiebre por más de 2 días sin causa aparente, se solicite un examen de orina y urocultivo. También si el paciente tiene antecedente de infecciones urinarias previas, debe de descartarse una ITU cuando inicie con temperaturas elevadas (14).

La presencia de otros síntomas depende de la edad del paciente:

Niños: dolor abdominal o lumbar, vómitos y astenia, además de disuria o polaquiuria.

Lactante menor: baja de peso, irritable, vómitos, inadecuada lactancia materna.

Para el diagnóstico de las infecciones urinarias en el área pediátrica es necesario siempre la toma de urocultivo antes del inicio de los antibióticos, ya que permitirá luego del resultado un tratamiento dirigido (15).

La ecografía renal se indica cuando las infecciones urinarias requieran hospitalización, cuando pueda existir complicación o cuando hay ITU a repetición (15).

Respecto al tratamiento, no es recomendable el uso las cefalosporinas de primera generación debido a su elevado porcentaje de resistencia, se recomienda las cefalosporinas de 2° y 3° generación y los aminoglucósidos (15).

Discusión de caso clínico n.º 7

El diagnóstico definitivo en este caso era SARS-COV2 pediátrico

Plan de trabajo:

1. Se hospitaliza paciente

2. Leche materna donada + alimentación complementaria tipo II
3. Vía salinizada
4. En 20 cc/h EV:
 - a. Dextrosa 5% 1000cc
 - b. NaCl 20 % 40 cc
 - c. ClK 20 % 10 cc
5. Amikacina 140 mg EV lento y diluido c/24 horas.
6. Metamizol 230 mg EV, PRN T° > 38°C + medios físicos
7. Aislamiento aéreo
8. CFV + OSA + BHE
9. Se solicita hemocultivo y urocultivo

El virus SARS-Cov-2 apareció por primera vez en Wuhan, China en diciembre del 2019, fue declarado pandemia por la OMS el 11 de marzo del 2020 llegando a tener una alta tasa de contagios y repercusiones a nivel mundial. La infección por el virus SARS-CoV-2 en la población pediátrica suele cursar de forma asintomática o con sintomatología leve, pudiendo presentar fiebre, malestar, rechazo a la alimentación, síntomas respiratorios como tos, rinorrea, dificultad para respirar; síntomas gastrointestinales como cuadros de diarrea, dolor abdominal y/o vómitos; manifestaciones neurológicas como cefalea, convulsiones o debilidad. En casos menos frecuentes se pueden presentar alteraciones cardiovasculares, renales y dermatológicas (16).

La transmisión se da por vía aérea, siendo propagado por aerosoles que se expulsan al toser o estornudar. En la población pediátrica el impacto de la pandemia fue menor que en poblaciones adultas. Una de las teorías postuladas fue que la respuesta inmunológica de los niños frente a la infección por el virus en cuestión podía ser menos intensa, teniendo una liberación de citoquinas menos agresiva, sin embargo, los lactantes aparentan ser el grupo más vulnerable a la infección, siendo la edad que precisería mayor número de ingresos hospitalarios. Un factor que predispone la elevada cifra de ingresos es que las manifestaciones clínicas del SARS-CoV-2 como la fiebre sin foco, apnea o el rechazo a la alimentación ya suponen criterios para hospitalizar a un lactante (17) (18).

El caso expuesto nos habla de un lactante menor que presentó sintomatología gastrointestinal (cuadros de diarrea asociada a fiebre sin foco) y posteriormente sintomatología respiratoria (tos seca y rinorrea). En la emergencia se evidenciaron signos de deshidratación como ojos hundidos, tendencia al sueño, mucosas secas por lo que se decide hospitalizar con el plan de rehidratación endovenosa y ampliar estudios. Durante la hospitalización se le tomó un hemograma que evidenció anemia microcítica-hipocrómica, se confirmó la presencia del SARS-CoV-2 mediante una prueba antigénica y presentó un examen de orina patológico, por lo que se inició terapia antibiótica con amikacina.

Es importante reconocer signos de alarma en casos de diarrea aguda, esta patología es la segunda causa de muerte en niños menores de cinco años, por lo que se debe hacer énfasis en una historia clínica detallada que tenga en consideración el tiempo de evolución, síntomas asociados, diuresis o sintomatología respiratoria. Con esto tener una mejor aproximación diagnóstica y un tratamiento eficaz (19).

Discusión de caso clínico n.º 8

El diagnóstico definitivo de este caso era insuficiencia respiratoria aguda.

Plan de trabajo:

1. Se hospitaliza
2. Reposo alimentario (NPO)
3. Dextrosa 5 % 1000 cc + NaCl 20 % 40 cc + KCl 20 % 10cc
4. Metilprednisolona 40mg EV, luego 10 mL cada 6 horas
5. Nebulización con salbutamol: 2 puff cada 2 horas con aerocámara
6. Ranitidina 10 mg EV cada 8 horas
7. O₂ suplementario para mantener SatO₂ mayor a 92 %

La insuficiencia respiratoria aguda se define como la inhabilidad del sistema respiratorio para sostener eficientemente el intercambio gaseoso, generando hipoxemia y/o la acumulación crítica de dióxido de carbono. En niños, esta

condición puede surgir por diversas razones, como infecciones respiratorias, enfermedades pulmonares crónicas o eventos traumáticos.

La presentación clínica de la insuficiencia respiratoria aguda en niños puede ser diversa. Los síntomas comunes incluyen dificultad para respirar, taquipnea, retracciones intercostales, cianosis y agitación. Es fundamental tener en cuenta que la respuesta clínica puede variar según la causa subyacente y la edad del paciente.

El diagnóstico de la insuficiencia respiratoria aguda en pediatría se establece mediante una evaluación clínica detallada, el análisis de gases sanguíneos arteriales y la realización de pruebas de imagen. La radiografía de tórax y la tomografía computarizada se emplean como recursos útiles para identificar posibles enfermedades pulmonares subyacentes, como neumonía o atelectasia.

El tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda en pediatría implica abordar la causa subyacente y proporcionar soporte respiratorio. En casos de infecciones respiratorias, se pueden administrar antibióticos o antivirales, mientras que, en situaciones de obstrucción de las vías respiratorias, se puede requerir la intubación y ventilación mecánica.

La oxigenoterapia es una intervención fundamental para corregir la hipoxemia. La administración de oxígeno puede realizarse mediante cánulas nasales, máscaras faciales o ventiladores de alto flujo. Además, se pueden emplear técnicas de fisioterapia respiratoria para mejorar la expansión pulmonar y facilitar la eliminación de secreciones (20) (21) (22).

En este caso se nos presenta un paciente menor con síntomas característicos de una insuficiencia respiratoria, para lo cual se hospitaliza al paciente, se toman los exámenes correspondientes y se le inicia el tratamiento para corregir la hipoxemia.

3.3. Rotación en cirugía

Discusión de caso clínico n.º 9

El diagnóstico final en este caso fue de apendicitis aguda, determinado a través de la escala de Alvarado. Aunque este puntaje no es el más sensible para confirmar el diagnóstico, se prefiere en entornos de emergencia debido a su rapidez. El paciente obtuvo un puntaje de 9 en esta escala, ya que no presentaba fiebre, lo que llevó a la decisión de preparar al paciente para la sala de operaciones.

Según el informe postoperatorio, la apendicitis aguda fue complicada, con la presencia de 80cc de líquido purulento, un apéndice paracecal de aproximadamente 10x2 cm necrosado en sus dos tercios distales, adherido al epiplón y con la base apendicular edematosa. Después de la operación, se optó por tratar al paciente con analgésicos (metamizol) y antibióticos (ceftriaxona y metronidazol). El paciente mostró una evolución favorable, toleró la vía oral y fue dado de alta tres días después de la intervención.

La apendicitis aguda representa la causa más común de cirugía abdominal de emergencia y suele afectar a pacientes de 20 a 30 años. El síntoma principal es el dolor abdominal, generalmente iniciando en el epigastrio y migrando a la fosa iliaca derecha, aunque no todos los pacientes lo experimentan. Otros síntomas incluyen náuseas, vómitos, anorexia y fiebre. Los indicadores en el hemograma, como leucocitosis y desviación a la izquierda, son signos relevantes para el diagnóstico. Aunque la ecografía abdominal es útil, la tomografía abdominal es más precisa, permitiendo un diagnóstico más certero y ayudando a distinguir la presencia de perforación apendicular (23).

Discusión de caso clínico n.º 10

El diagnóstico definitivo de este caso era hernia inguinal incarcerada. Se concluyó el diagnóstico con la clínica del paciente, además de la ecografía de partes blandas.

En el reporte post operatorio los hallazgos fueron liquido inflamatorio +/- 200cc en hemiabdomen inferior. En región inguinal derecha defecto de pared posterior de +/-4cm, por el que protruye saco herniario de +/- 9 x 5cm, de contenido segmento de 5cm de íleon terminal (a +/- 20 cm de vic), con fibrina en su borde antimesentérico.

La hernia inguinal se define como defecto en la pared del abdomen lo que provoca que se deslice las vísceras o tejido mediante el anillo inguinal.

Para el diagnóstico de esta patología solo es necesaria la exploración física en la mayor parte de los casos. También se puede contar con algunos métodos de imágenes como la ecografía que tiene una especificidad de alrededor del 80% y la tomografía con una especificidad del 60 a 80%, ambos estudios deben ser realizados con el paciente en reposo y efectuando la maniobra de Valsalva de manera correcta (24).

La hernia inguinal encarcerada es caracterizada por la salida del contenido del abdomen por el canal inguinal, sin poder reducirse manualmente. En este caso es una emergencia ya que puede ocasionar obstrucción intestinal y comprometer el flujo sanguíneo.

Discusión de caso clínico n.º 11

El diagnóstico definitivo en este caso era hernia inguinal izquierda

Plan de trabajo:

1. Se hospitaliza
2. Nada por vía oral.
3. ClNa 0.9 % 1000 cc 30 gotas por minuto.
4. Ceftriaxona 2 gr EV pre sala de operaciones.
5. Captopril 25 mg condicional a presión arterial mayor a 140/100 mmHg.
6. Metamizol 1 gr condicional a temperatura mayor o igual a 38.5°C o dolor.
7. Se programa para cirugía electiva: cura quirúrgica de hernia inguinal izquierda por hernioplastia.

La hernia inguinal, una patología común que afecta la pared abdominal, se caracteriza por la protrusión de tejido a través de una debilidad o abertura en la región inguinal. Este fenómeno puede manifestarse como una masa palpable y, en algunos casos, provocar molestias o dolor. La clasificación incluye hernias indirectas que siguen el canal inguinal y hernias directas que emergen a través de un punto débil en la pared abdominal.

La incidencia de hernias inguinales varía según la edad, género y factores de riesgo individuales. Se observa una mayor prevalencia en hombres, especialmente en edades avanzadas. Factores como la carga genética, el envejecimiento y la obesidad contribuyen al desarrollo de hernias inguinales, que pueden surgir también en mujeres (25).

La presentación clínica típica incluye la identificación de una masa palpable en la región inguinal, con posibilidad de aumento durante actividades que aumentan la presión intraabdominal. Aunque el dolor o molestias suelen acompañar a la hernia, es posible que algunos pacientes no experimenten síntomas significativos. La evaluación clínica es esencial para determinar la naturaleza de la hernia y su impacto en la calidad de vida del paciente.

El diagnóstico de la hernia inguinal se fundamenta en la evaluación clínica, con énfasis en la palpación y la identificación de la masa protrusional. Las pruebas de imagen, como la ecografía y la tomografía computarizada, pueden brindar información adicional, siendo útiles en casos de diagnóstico incierto o cuando se planifica la intervención quirúrgica. La precisión diagnóstica es crucial para determinar la necesidad de tratamiento y seleccionar el enfoque más apropiado.

La reparación quirúrgica es la opción principal de tratamiento para las hernias inguinales, especialmente en casos sintomáticos o con riesgo de complicaciones. Las técnicas quirúrgicas pueden ser abiertas o laparoscópicas, y el uso de mallas para fortalecer la pared abdominal es común. La elección del enfoque depende de factores individuales, y la decisión debe tomarse considerando la edad del paciente, condiciones médicas concomitantes y preferencias tanto del paciente como del cirujano (26).

El caso presenta a un paciente adulto mayor que acude a consultorio externo con antecedentes de ya haber sido intervenido quirúrgicamente por presentar una hernia inguinal anteriormente, siendo este un factor de riesgo, y con la sintomatología característica que con el examen físico se confirma el diagnóstico, por lo que el paciente decide la cura quirúrgica.

Discusión de caso clínico n.º 12

El diagnóstico definitivo en este caso era fractura desplazada de tercio medio de tibia derecha.

Las fracturas desplazadas son lesiones óseas que involucran la ruptura de un hueso acompañada de un cambio en la alineación normal de los fragmentos. Esta condición presenta desafíos significativos en términos de manejo y recuperación, afectando a individuos de todas las edades y generando la necesidad de intervenciones médicas especializadas.

Una fractura desplazada se define como una rotura en la continuidad de un hueso que provoca un desplazamiento anormal de los fragmentos óseos, alterando la alineación y la posición normal del hueso afectado. Este desplazamiento puede ocurrir en cualquier dirección: lateral, medial, anterior o posterior, y puede variar en gravedad desde desplazamientos leves hasta fragmentos óseos completamente fuera de su posición anatómica normal (27).

La presentación clínica de las fracturas desplazadas varía según la ubicación y el tipo de fractura. Los síntomas comunes incluyen dolor intenso en el sitio de la lesión, hinchazón, deformidad evidente, dificultad para mover la extremidad afectada y, en algunos casos, la presencia de heridas abiertas o contusiones. La magnitud del desplazamiento puede afectar directamente la función del hueso y los tejidos circundantes, impactando la movilidad y generando complicaciones adicionales, como lesiones nerviosas o vasculares (28).

El diagnóstico preciso de fracturas desplazadas resulta crucial para un tratamiento efectivo, siendo las pruebas de imagen piezas clave en este proceso. Aunque las radiografías convencionales se utilizan comúnmente al

principio para evaluar fracturas, su desplazamiento y la alineación general de los fragmentos óseos, en ciertos casos se pueden necesitar estudios más avanzados, como tomografías computarizadas (TC) o resonancias magnéticas (RM), para obtener detalles específicos sobre la extensión de la fractura y las posibles lesiones en los tejidos blandos circundantes (29).

El tratamiento de fracturas desplazadas busca restaurar la alineación normal de los fragmentos óseos y promover la curación adecuada. Las opciones de tratamiento varían según la ubicación y la gravedad de la fractura, así como la edad y la salud general del paciente.

- Reducción cerrada: En algunos casos, especialmente en fracturas no complejas, se puede realizar una reducción cerrada, que implica manipular y reposicionar los fragmentos óseos sin cirugía. Este procedimiento se realiza bajo anestesia y se guía mediante imágenes radiográficas para garantizar una alineación adecuada.
- Fijación interna: Para fracturas más complejas o desplazamientos significativos, se puede optar por la fijación interna mediante la colocación de placas, tornillos o clavos dentro del hueso para mantener la alineación adecuada y permitir la curación. Este enfoque suele ser necesario en fracturas de huesos largos como el fémur o la tibia.
- Fijación externa: En casos donde la fijación interna no es factible, se puede recurrir a la fijación externa, que implica la colocación de dispositivos fuera del cuerpo para estabilizar los fragmentos óseos. Esta técnica se utiliza en situaciones de lesiones más complejas o cuando la cirugía interna no es una opción inicial.
- Inmovilización: Después de la reducción o la fijación, se suele requerir inmovilización para permitir la curación. Esto puede lograrse mediante el uso de férulas, yesos o dispositivos ortopédicos, dependiendo de la ubicación y la naturaleza de la fractura.

La elección del tratamiento específico se realiza considerando cuidadosamente la evaluación clínica y radiológica del paciente, así como sus necesidades individuales. La rehabilitación y la fisioterapia también son

componentes importantes para restaurar la función y la fuerza después del tratamiento inicial. (30)

El caso clínico presenta un paciente que luego de salir de un evento social es golpeado generándole así una fractura diafisaria en tercio medio de la tibia derecha, que es apreciado por la radiografía simple de pierna derecha. Posteriormente se decide la cura quirúrgica con placas y tornillos, por lo que se decide su hospitalización y posterior intervención quirúrgica.

3.4 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Discusión de caso clínico n.º 13

El diagnóstico definitivo de este caso era pielonefritis aguda en el embarazo. Se concluyó el diagnóstico con la clínica del paciente y los exámenes de laboratorio.

Plan de trabajo:

1. Dieta blanda + líquidos a voluntad
2. NaCl 0.9 % 1000 cc -> XXV gotas por minuto
3. Ceftriaxona 2 gr EV cada 24 horas
4. Metamizol 1 gr PRN a temperatura >38°C
5. Control de funciones vitales

La pielonefritis aguda es definida como una infección del parénquima del riñón, la mayoría de estos casos se da en el segundo o tercer trimestre de gestación. La localización más frecuente de esta patología es el riñón derecho presentándose en la mitad de los casos, seguido del riñón izquierdo y por último, menos del 30%, presentación bilateral (31).

Dentro de la clínica lo más predominante es la temperatura elevada >38°C y el PPL positivo, además de que la paciente puede presentar náuseas o vómitos (31).

Para el diagnóstico podemos solicitar exámenes complementarios como hemograma, urea, creatinina, PCR, glucosa y examen de orina + urocultivo, en algunos casos incluso puede solicitarse un hemocultivo. La ecografía renal no es un examen de rutina, pero está indicada en los casos de que no haya

una adecuada respuesta al tratamiento después de 2-3 días, episodios recurrentes o en los casos en la que la paciente presente hematuria (31).

El tratamiento antibiótico que usualmente se utiliza para tratar las ITU en la gestación son los betalactámicos (penicilinas y cefalosporinas). En las gestantes que no tengan riesgo de presentar BLEE se indicará tratamiento con ceftriaxona endovenoso (31).

Discusión de caso clínico n.º 14

El diagnóstico definitivo de este caso era cesárea por ruptura prematura de membranas y oligohidramnios. Se concluyó el diagnóstico con la clínica del paciente, los exámenes de laboratorio y la ecografía obstétrica.

La ruptura prematura de membranas se define como el quiebre de las membranas antes de que inicie el trabajo de parto, es decir, antes de las 37 semanas de gestación. Aunque la causa exacta no se conoce, está asociada con diversas patologías. Este fenómeno lleva a partos prematuros, dando como resultado el nacimiento de bebés prematuros, y en aproximadamente un 5% de los casos, puede resultar en la mortalidad materna (32).

El diagnóstico será realizado con historia clínica y el examen físico al evidenciarse salida de líquido por el orificio del cérvix mediante la colocación del especulo. Si no se visualiza el líquido, se debe pedir a la paciente que tosa o puja (maniobra de Valsalva) (32).

El manejo en estos casos depende de las semanas de gestación y de la viabilidad del feto. Se pueden presentar dos tipos de manejos: el activo, induciendo el parto que se recomienda mayormente cuando la gestación es mayor de 37 semanas y el expectante que consiste en hospitalizar a la paciente para mantenerla vigilada y reducir el riesgo de infección y verificar el bienestar fetal (32).

Discusión de caso clínico n.º 15

El diagnóstico definitivo en este caso era miomatosis uterina

Plan de trabajo:

1. CFV + VS
2. Misoprostol 200 mcg 2 tab FSV
3. Preparar para miomectomía histeroscópica + laparoscopia
4. Cefazolina 2 gr EV pre SOP

La infertilidad es la incapacidad que tiene una pareja para concebir a pesar de tener relaciones sexuales frecuentes y no utilizar métodos anticonceptivos después de 1 año en mujeres menores de 35 años y 6 meses en mujeres mayores de 35 años. Se define como infertilidad primaria cuando no hay embarazos previos e infertilidad secundaria si se ha tenido una gestación previa que no necesariamente haya sido un nacido vivo, siendo la infertilidad primaria la más común entre las parejas.

Las causas de infertilidad primaria en orden de frecuencia son: por factor ovárico, factor tubárico, factor masculino, abortadora habitual y factor uterino. Ante una paciente con infertilidad primaria se deben realizar evaluaciones de todos los factores anteriormente mencionados. En el caso expuesto, la paciente presenta infertilidad primaria por factor uterino. Dentro de las patologías uterinas que causan infertilidad encontramos los miomas, defectos del desarrollo de los conductos de Muller, pólipos y adherencias, los cuales suelen ser asintomáticos. El diagnóstico inicial se realiza mediante histerosonografía y ecografía transvaginal para evaluar la morfología y cavidad uterina, posteriormente se realiza una histeroscopia, la cual es el gold estándar para la visualización de estas patologías, cuando se evidencien patologías con posibilidad quirúrgica.

A la paciente se le realiza ecografía transvaginal e histerosonografía, encontrándose en la última un mioma submucoso de 56x37mm en cara posterior, mioma de 21x25mm en cara anterior y pólipo endometrial 12x5x7 mm en cara anterior. Existen varias teorías que explican la infertilidad causada por la miomatosis, entre ellas encontramos que afectan el viaje del espermatozoides a las trompas, pueden obstruir el ostium tubárico, generar alteraciones en la cavidad uterina que desfavorecen la implantación, entre otros. Los pólipos

pueden causar infertilidad por oclusión afectando la migración espermática, o por aumento o disminución de ciertos factores moleculares que predisponen a un ambiente poco favorable para la implantación.

Al encontrarnos frente a miomas submucosos, el manejo de elección es la miomectomía histeroscópica, en caso de que se presenten múltiples miomas mayores de 5 cm, se optaría por laparotomía. En el caso de los pólipos, el manejo quirúrgico consiste en la polipectomía histeroscópica, la cual se recomienda realizar antes de cualquier ciclo de tratamiento de reproducción asistida. La literatura menciona que los miomas que alteran la superficie de la cavidad uterina, es decir, aquellos miomas FIGO 0-3, tienen un mayor impacto en la fertilidad y el manejo quirúrgico puede revertir efectivamente esta condición (33) (34).

Discusión de caso clínico n.º 16

El diagnóstico definitivo de este caso era aborto incompleto.

Plan de trabajo:

1. Paciente se hospitaliza.
2. Se realiza preparación para Legrado Uterino
3. (NPO) Nada por vía oral
4. Vía salinizada
5. Cefazolina 2g EV 30 min antes de SOP
6. CFV + OSA

El aborto incompleto, una complicación asociada tanto a abortos espontáneos como a abortos inducidos, es un fenómeno que requiere una comprensión profunda para asegurar un manejo efectivo y preservar la salud reproductiva de las mujeres. Este se caracteriza por la retención de tejido fetal, placentario o amniótico en el útero después de un aborto. Puede surgir tanto de abortos espontáneos como de procedimientos de aborto inducido.

La manifestación clínica del aborto incompleto engloba indicadores tales como pérdida de sangre vaginal, malestar abdominal y la expulsión de tejido uterino. La gravedad de estos síntomas puede fluctuar, y algunas mujeres podrían no experimentarlos de manera evidente. Es esencial identificar precozmente la

situación y realizar intervenciones oportunas para prevenir complicaciones adicionales.

El diagnóstico del aborto incompleto implica una evaluación clínica completa. El examen físico, pruebas de laboratorio y estudios de imagen son fundamentales para confirmar la presencia de tejido retenido en el útero. La ecografía transvaginal se utiliza comúnmente para este propósito. La evaluación también incluye la cantidad de sangrado y la identificación de signos de posible infección.

El manejo del aborto incompleto depende de la situación clínica específica de la mujer. En casos donde la retención de tejido es mínima y no hay signos de infección, el enfoque puede ser expectante, permitiendo que el cuerpo expulse el tejido de manera natural. Sin embargo, en situaciones más complejas, se puede optar por un tratamiento más activo tales como, la aspiración manual endouterina (AMEU) y el legrado uterino.

Es fundamental reconocer que el aborto incompleto no solo tiene implicaciones físicas, sino también psicosociales para las mujeres. La atención integral debe incluir el apoyo emocional y psicológico para ayudar a las mujeres a enfrentar los desafíos asociados con esta experiencia (35) (36) (37).

En esta situación particular, la ecografía transvaginal ha identificado restos de naturaleza heterogénea en la cavidad uterina, sin detectar pulsaciones cardíacas fetales. A pesar de que la paciente mantiene una estabilidad hemodinámica y se encuentra en la octava semana y cuatro días de gestación, se decidió realizar un Aspirado Manual Endouterino (AMEU). La paciente fue dada de alta 24 horas después de la realización de la cirugía.

IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico 2023-2024 inicia con una asignación de todos los internos de diferentes universidades en las siguientes áreas: medicina interna, ginecología y obstetricia, cirugía general y pediatría. Este periodo normalmente tiene una duración de 12 meses, pero debido a la pandemia del COVID19 tuvo una duración de 10 meses desde inicios de abril de 2023 hasta fines de enero de 2024, se tuvo una rotación de 2 meses en cada área.

Al rotar en este establecimiento de salud fue una gran experiencia donde desarrollamos grandes habilidades pudiendo aprender el adecuado manejo de las patologías más frecuentes que presenta la población de Lima Este, esta etapa no favoreció como futuros profesionales ya que con ayuda del personal de salud de este hospital fuimos capaces de aprender a brindar un adecuado diagnóstico y a manejar adecuadamente estos casos que se nos presentaran con frecuencia a lo largo de nuestra trayectoria.

Siendo un hospital del MINSA enfrentamos una fuerte carga laboral por la gran afluencia de pacientes, pero aun así los docentes se tomaban el tiempo de instruirnos y apoyarnos no solo frente al paciente, sino también con exposiciones de temas actualizados sobre cada patología para que así nosotros podamos tener una información reciente y podamos aplicarlo en las áreas de emergencia, donde podíamos brindar opiniones sobre la impresión diagnóstica o sobre el plan de manejo que se tomaría con el paciente.

Los internos también tuvimos la oportunidad de apoyar en el área quirúrgica, apreciando el manejo de las cirugías y luego monitorizando al paciente en el postoperatorio para informar cualquier eventualidad que se pueda presentar horas después del procedimiento. Además, apoyábamos con el llenado de las historias clínicas y los documentos que se necesitaban para que el paciente pueda salir de alta como la epicrisis o el plan de tratamiento que deberá seguir al salir del hospital.

V. CONCLUSIONES

1. El periodo de internado médico representa una fase crucial para la formación integral del médico cirujano, ya que implica la adquisición de nuevas habilidades y la consolidación de los conocimientos previos adquiridos a lo largo de la carrera. En esta etapa hospitalaria, se presentan oportunidades para evaluar a pacientes con diversas patologías en las distintas áreas del centro de salud, colaborando estrechamente con los profesionales de la salud para alcanzar un diagnóstico preciso y un plan de tratamiento adecuado. Como resultado, al finalizar el internado, los médicos estarán debidamente capacitados para brindar una atención de calidad a todos los pacientes.
2. La fase de internado juega un papel fundamental en la adaptación y gestión emocional ante situaciones de considerable complejidad. Al finalizar este periodo, se desarrolla una mayor competencia en la práctica clínica, perfeccionando habilidades como la comunicación asertiva y el establecimiento de relaciones efectivas entre médico y paciente.
3. Los casos clínicos presentados resultaron de suma utilidad para los autores, fortaleciendo sus conocimientos, permitiéndole formular diagnósticos y diseñar planes de trabajo idóneos para diversas patologías frecuentes que puedan surgir durante su recorrido profesional.

VI. RECOMENDACIONES

1. La etapa del internado es una parte fundamental en la formación de los profesionales de salud, nos permite unir los conocimientos teóricos con la parte práctica en un ambiente hospitalario logrando profesionales capaces de enfrentar adversidades que se presenten a lo largo de la profesión.
2. Este periodo debe ser dirigido y guiado por un profesional de salud que asegure una adecuada formación y progreso de las habilidades. Por lo tanto, es adecuado encontrarse preparado para una correcta atención de los pacientes, teniendo una buena base teórica y mantenerse actualizado sobre información necesaria para diagnosticar y manejar diferentes patologías.
3. Por lo mencionado, la distribución del internado debería volver a ser de 12 meses, al igual que era antes de la pandemia de COVID-19; para que así, teniendo mayor tiempo, los internos puedan desarrollar más habilidades y obtener mayor conocimiento.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hospital Emergencia Ate Vitarte [Internet]. Gob.pe. [citado el 2 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/heav>
2. Rivas A. DURANTE EL INTERNADO DE MEDICINA SE FORMAN LOS ASPECTOS ACADÉMICOS Y ÉTICO-MORALES [Internet]. Colegio Médico del Perú - Consejo Nacional. 2022 [citado el 2 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/durante-el-internado-de-medicina-se-forman-los-aspectos-academicos-y-etico-morales/>
3. Álvarez-Aguilar PA, Dobles-Ramírez CT. Pancreatitis aguda: fisiopatología y manejo inicial. Acta méd costarric [Internet]. 2019 [citado el 2 de marzo de 2024];61(1):13–21. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022019000100013
4. Garro Urbina V, Thuel Gutiérrez M. Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2020;5(7):e537. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms207j.pdf>
5. Gob.pe. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de insuficiencia respiratoria aguda [Internet]. 2021 [citado el 2 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2734748/GPC%20para%20Diagn%C3%B3stico%20y%20Tratamiento%20de%20Insuficiencia%20Respiratoria%20Aguda.pdf.pdf>
6. Foxman, Betsy. «Urinary Tract Infection Syndromes: Occurrence, Recurrence, Bacteriology, Risk Factors, and Disease Burden». Infectious Disease Clinics of North America, Urinary Tract Infections: Diagnostic and Management Issues, 28, n.o 1 (1 de marzo de 2014): 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.idc.2013.09.003>.
7. Nicolle, Lindsay E. «Urinary Tract Infections in the Older Adult». Clinics in Geriatric Medicine 32, n.o 3 (1 de agosto de 2016): 523-38. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2016.03.002>.
8. Gupta, Kalpana, Thomas M. Hooton, Kurt G. Naber, Björn Wullt, Richard Colgan, Loren G. Miller, Gregory J. Moran, et al. «International Clinical

- Practice Guidelines for the Treatment of Acute Uncomplicated Cystitis and Pyelonephritis in Women: A 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases». *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America* 52, n.o 5 (1 de marzo de 2011): e103-120. <https://doi.org/10.1093/cid/ciq257>.
9. Paterson, David L., y Robert A. Bonomo. «Extended-Spectrum β -Lactamases: a Clinical Update». *Clinical Microbiology Reviews* 18, n.o 4 (octubre de 2005): 657-86. <https://doi.org/10.1128/CMR.18.4.657-686.2005>.
 10. May, A.K. (2020). Skin and soft tissue infections: cellulitis, including erysipelas, impetigo, and other superficial skin infections. In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, eds. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; chap 95.
 11. Dupuy, Alain, Hakima Benchikhi, Jean-Claude Roujeau, Philippe Bernard, Loïc Vaillant, Olivier Chosidow, Bruno Sassolas, Jean-Claude Guillaume, Jean-Jacques Grob, y Sylvie Bastuji-Garin. «Risk factors for erysipelas of the leg (cellulitis): case-control study». *BMJ : British Medical Journal* 318, n.o 7198 (12 de junio de 1999): 1591-94.
 12. Stevens, Dennis L., Alan L. Bisno, Henry F. Chambers, E. Patchen Dellinger, Ellie J. C. Goldstein, Sherwood L. Gorbach, Jan V. Hirschmann, Sheldon L. Kaplan, Jose G. Montoya, y James C. Wade. «Executive Summary: Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America». *Clinical Infectious Diseases* 59, n.o 2 (15 de julio de 2014): 147-59. <https://doi.org/10.1093/cid/ciu444>.
 13. Gob.pe. Guía de practica clínica para diagnóstico y tratamiento de neumonía en las niñas y niños [Internet]. 2019 [citado el 2 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4931.pdf>
 14. Guía para el diagnóstico, estudio y tratamiento de la infección urinaria: actualización 2022. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2022; 120(5). Disponible

- en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2022/v120n5a25s.pdf>
15. Piñeiro Pérez R, Cilleruelo Ortega MJ, Ares Álvarez J, Baquero-Artigao F, Silva Rico JC, Velasco Zúñiga R, et al. Recomendaciones sobre el diagnóstico y tratamiento de la infección urinaria. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2019;90(6):400.e1-400.e9. Disponible en: <https://www.seipweb.es/wp-content/uploads/2019/04/Recomendaciones-ITU-SEIP-2019.pdf>
 16. Rasero C, Vicent C, Herrero A, González J. COVID-19 en Pediatría: descripción clínica y microbiológica de los pacientes ingresados en un hospital terciario. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2023; 25(97): 21 – 30.
 17. Lupiani MP, Albañil MR. COVID-19 Pediátrico. *Pediatr Integral*. 2023; 27(6): 302 – 312.
 18. World Health Organization. (2018). Acute respiratory infections in children. Recuperado de <https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/acute-respiratory-infections-in-children>
 19. Florin, T. A., & Plint, A. C. (2012). Management of croup in the pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care*, 28(5), 515–521.
 20. Dinwiddie, R. (2015). Pediatric respiratory distress. *Pediatrics in Review*, 36(9), 389–398.
 21. Org.mx. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. [citado el 2 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033
 22. Héctor Armando Cisneros Muñoz, Juan Carlos Mayagoitia. Guía de práctica clínica y manejo de la hernia inguinal. [citado el 2 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://file:///C:/Users/marias/Downloads/MA-00441-01.pdf>
 23. Nilsson, Hanna, Georgios Stylianidis, Markku Haapamäki, Erik Nilsson, y Pär Nordin. «Mortality After Groin Hernia Surgery». *Annals of Surgery* 245, n.o 4 (abril de 2007): 656-60. <https://doi.org/10.1097/01.sla.0000251364.32698.4b>.
 24. Burcharth, Jakob, Kristoffer Andresen, Hans-Christian Pommergaard, Thue Bisgaard, y Jacob Rosenberg. «Recurrence Patterns of Direct and

- Indirect Inguinal Hernias in a Nationwide Population in Denmark». *Surgery* 155, n.o 1 (1 de enero de 2014): 173-77. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2013.06.006>.
25. Browner, B. D., Jupiter, J. B., Krettek, C., & Anderson, P. A. (Eds.). (2014). *Skeletal Trauma: Basic Science, Management, and Reconstruction*. Elsevier Health Sciences.
 26. Egol, K. A., Koval, K. J., Zuckerman, J. D., & editors. (2015). *Handbook of Fractures* (5th ed.). Wolters Kluwer.
 27. OrthoInfo. (2022). Fractures (Broken Bones). American Academy of Orthopaedic Surgeons. <https://orthoinfo.aaos.org/en/diseases--conditions/fractures-broken-bones/>
 28. Medicinafetalbarcelona.org. Infección vías urinarias en gestación. [citado el 2 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/infecciones-urinarias-y-gestacion.pdf>
 29. Revista médica sinergia. Ruptura prematura de membranas. [citado el 2 de marzo de 2024]; Disponible en:
 30. " <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/606/1041>
 31. INMP. Guías de Práctica Clínica y Procedimientos en Reproducción Humana. Instituto Nacional Materno Perinatal – Ministerios de Salud [internet]. 2021. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2166998/RD%20N%C2%B0%20139-2021-DG-INMP/MINSA.pdf>
 32. Stewart E. Uterine fibroids (leiomyomas). UpToDate [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-treatment-overview>
 33. World Health Organization. (2019). *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Ginebra: WHO.
 34. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. (2017). *Clinical Practice Guidelines on Medical Abortion*. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 39(9), 843–865.
 35. *British Columbia Medical Journal*. (2022). *Recent Advances in the Diagnosis and Management of Early Pregnancy Loss*. Recuperado de <https://bcmj.org/>